

# SCHMERZTHERAPIE

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. – DGS

2|2004

20. Jahrgang 2004 Ehemals StK

## Inhalt

### Editorial

Hat Schmerztherapie Zukunft? ... 2

### Der Deutsche Schmerztag 2004

Praktische Schmerztherapie  
Droht das Aus? ..... 4

### Der Deutsche Schmerzpreis 2004

Palliativmedizin  
im Trend der Zeit ..... 8

### Schwerpunkt

Kopfschmerztherapie  
im Kindesalter ..... 11  
Psychologische Tipps ..... 13

Leserecho ..... 14

### Originalie

CRPS – „mixed pain“  
at it's worst ..... 15

### Medizinische Assistenzberufe

Schmerzmanagement: Eine inter-  
professionelle Aufgabe! ..... 17

### Arzneimitteltherapie und Recht

Der Off-label-Use von Triptanen 19

### Reisemedizin

Wenn Opioidpatienten  
auf Reisen gehen ..... 21

### Schmerzkonsil

Kopfweh durch Tabletten? ..... 22

### Interventionelle Schmerztherapie

Gepulste Radiofrequenztherapie  
mit einer Multifunktionselektrode 23

### DGS-Veranstaltungen

DGS-Interna/ DGS-Leiter ..... 24

### Kommentar

Gesundheitsmodernisierung oder  
Pfusch am System? ..... 25

Bücherecke ..... 26

### Kasuistik

Rheumaschmerz ..... 27



## Zukunftsperspektiven der Schmerztherapie

[www.dgschmerztherapie.de](http://www.dgschmerztherapie.de)

ISSN 1613-9968



# Hat Schmerztherapie Zukunft?

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
20 Jahre nach Gründung der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie drängt sich diese Frage auf, angesichts eines Gesundheitssystems, in dem finanzielle Ressourcen und medizinischer Versorgungsanspruch weit auseinander klaffen.**

Die Frage nach der Zukunft der Schmerztherapie ist gleichzeitig auch die Frage nach der Zukunft der Schmerzpatienten; und derer gibt es mehr als gemeinhin angenommen.

## 15 Millionen Schmerzpatienten in Deutschland

Neue epidemiologische Untersuchungen (European Pain Survey 2003, EMNID-Untersuchung 2002) zeigen, dass nicht die häufig von Politikern und Gesundheitsfunktionären zitierten 5 – 6 Millionen Patienten in Deutschland unter chronischen Schmerzen leiden, sondern 15 Millionen Erwachsene, Kopfschmerzformen nicht mit einbezogen. Damit sind chronische Schmerzen eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt.

Die volkswirtschaftliche Relevanz liegt auf der Hand, verschlingen doch allein Rückenschmerzen jährlich 12 Milliarden Euro für Folgekosten wie Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Weitere 5 Milliarden werden bei Rückenschmerzpatienten für medizinische Diagnostik und Therapie jährlich ausgegeben.

Eigentlich müssten diese Zahlen aufschrecken und drastische Änderungen in Ausbildung und Versorgungsplanung nach sich ziehen.

## Ausbildung ignoriert Versorgungsbedarf

Obwohl 40 % der Probleme in der Allgemeinpraxis (bei Orthopäden sogar 60 %) mit chro-

nischen Schmerzen assoziiert sind, enthält die seit 1. Oktober 2003 gültige Approbationsordnung Schmerztherapie und Palliativmedizin nur als fakultative Prüfungsinhalte. Eine Umfrage unter Medizinstudenten (DGS 2004) zeigte, dass Kenntnisse in Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen von 97 % der Medizinstudenten für sehr wichtig gehalten werden, 26 % hatten allerdings im Verlauf ihres Studiums keinerlei Veranstaltungen über Schmerztherapie besucht, 47% nur insgesamt einige Stunden.

Folgerichtig wurde die Ausbildung auch von 95 % der Medizinstudenten im Bereich Schmerztherapie als nicht ausreichend eingeschätzt. Besonders interessant: 98 % der Befragten hätten sich mehr mit der Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen beschäftigt, wenn das Angebot größer oder vorhanden gewesen wäre, bzw. wenn diese Thematik für das Staatsexamen relevant wäre.

Eine Überprüfung des schmerztherapeutischen Lehrangebots an sämtlichen 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland ergab, dass an 14 Fakultäten im Winter/Sommer 2003/2004 keinerlei Lehrangebote über Schmerztherapie enthalten sind.

## Schmerztherapie keine ärztliche Leistung?

Gebührenordnungen sind Leistungsverzeichnisse, in denen alle ärztlichen Leistungen aufgelistet sind, auf die gesetzlich versicherte (EBM) und privat versicherte (GOÄ) Patienten Anspruch haben. Sucht man schmerztherapeutische Leistungen in den Gebührenordnungen stellt man schnell fest, dass

Schmerztherapie als eigenständige Leistung nicht existiert. Einzelne Therapieformen sind in den Anästhesiekapiteln aufgelistet, weitere notwendige Techniken finden sich unter Neurologie, Orthopädie oder auch Neurochirurgie sowie Psychiatrie.

Die fachgebietsbezogene Gliederung der Leistungsverzeichnisse kennt schlüssigerweise keine Schmerztherapie.

Hat Schmerztherapie – haben Schmerzpatienten unter diesen Bedingungen in Deutschland eine Zukunft?



Gerhard Müller-Schwefe, Göppingen.

Bildarchiv STK Müller-Schwefe

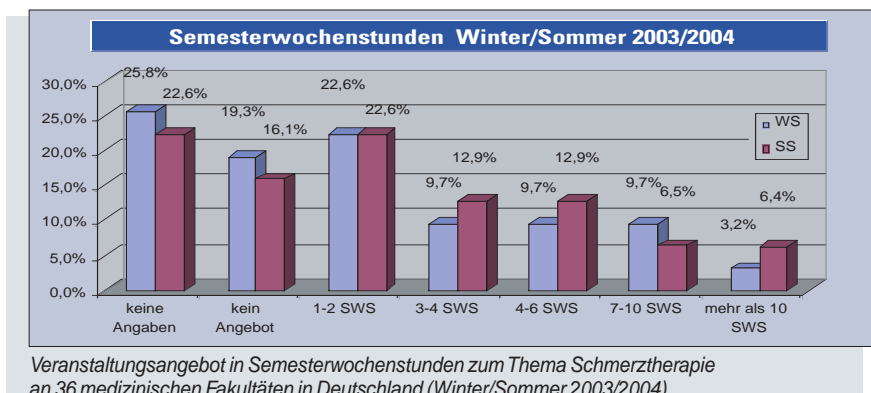
## Schmerztherapie findet ihren Stellenwert

Trotz aller Widrigkeiten gibt es auch Hinweise darauf, dass Schmerztherapie ihren Platz unter den medizinischen Disziplinen findet: Als Indiz mag gelten, dass sich zum 20-jährigen Gründungsjubiläum unserer Gesellschaft der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg Hoppe, als Gratulant eingefunden hat und in seiner Festrede die Notwendigkeit schmerztherapeutischer Ausbildung und Weiterbildung als Forderung der Bundesärztekammer klar postuliert hat.

Auch der Präsident unserer Partnergesellschaft DGSS, Professor Dr. Michael Zenz, hat sowohl in seiner Festrede als auch in dem politischen Round Table ein klares Bekenntnis zur Kooperation unserer beiden Gesellschaften und der gemeinsamen Gestaltung der Zukunft der Schmerztherapie in Deutschland abgelegt.

## Schmerztherapie im EBM 2000 ++++

Obwohl die Einführung des EBM 2000 plus – für manche eine Enttäuschung – erneut verschoben wurde, sind für die Schmerztherapie in diesem neu geregelten Gebühren- und Leistungsverzeichnis doch auch Fortschritte für die Schmerztherapie enthalten. Den gemeinsamen Bemühungen von DGS und VDÄA ist es zu verdanken, dass neben anästhesiologischen schmerztherapeutischen Leistungen erstmals in diesem Leistungsverzeichnis auch ein „Schmerztherapeutischer Basiskomplex“ wie auch ein „Schmerztherapeutischer Betreuungskomplex“ enthalten sind, in dem die bisher mit einzelnen Krankenkassen regional unterschiedlich ausgehandelten Zusatzvereinbarungen qualitätsgebunden abgebildet sind. Hier zählt sich die jahrelange, oft gegen Widerstände durchgesetzte, verbandsinterne Qualitätssicherung aus. Nach § 135 Abs. 2 SGB V sind Qualitätssicherungsvereinbarungen die Grundlage für derartige vertragliche Regelungen.



Bildquelle Müller-Schwefe

Auch im Bereich der Pharmakotherapie werden die Belange der Schmerzpatienten zunehmend wahrgenommen. Auf Intervention der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie wurden Laxanzen bei Opioidtherapie wie auch nicht rezeptpflichtige Lokalanästhetika, die nach den gültigen Arzneimittelrichtlinien nicht zu Lasen der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden sollten, in den Leistungskatalog aufgenommen.



Prof. Dr. Michael Zenz, Bochum, Präsident der DGSS beim Deutschen Schmerztag 2004.

Bildfolio/Bostelmann

**Was bleibt zu tun?**

Steht also alles bestens um die Zukunft der Schmerztherapie und der Schmerzpatienten? Ohne Zweifel bleibt trotz aller Fortschritte viel zu tun. Nicht bestehende Fachgebietsgrenzen, sondern der Versorgungsbedarf von Schmerzpatienten muss das Fachgebiet Schmerztherapie / Algesiologie definieren. Solang Schmerztherapie nicht als Fachgebiet

Eingang in die Weiterbildungsordnung gefunden hat, wird es weiterhin keine Lehrstühle für Schmerztherapie geben, keine universitäre Ausbildung und auch keine Abbildung in Leistungskatalogen, die den Anspruch gesetzlich Versicherter und privat Versicherter auf adäquate Versorgung definieren.

Dankbar und zuversichtlich stimmt mich hier die Versicherung des Präsidenten unserer Partnergesellschaft DGSS, Professor Michael Zenz, diese Ziele in einer engen Kooperation gemeinsam zu verfolgen.

**Nomen est Omen**

Wie Sie wissen hat die Mitgliederversammlung unserer Gesellschaft im Januar 2004 den Wechsel des Namens von „Schmerztherapeutisches Kolloquium“ zu „Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie“ beschlossen. Dieser programmatische Ansatz kommt auch im neuen Namen dieser Zeitschrift zum Ausdruck, die ab dieser Ausgabe „Schmerztherapie“ heißt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, dass Schmerzpatienten und Schmerztherapie eine Zukunft in diesem Lande haben. Dazu wünsche ich Ihnen in diesem Heft viele Anregungen und Informationen.

Herzlichst  
Ihr

Dr. med. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e. V.  
gerhard.mueller-schwefe@mueller-schwefe.de

**Praktische Schmerztherapie  
Droht das Aus oder ist es  
ein Megatrend der Zukunft?**



Bildfolio/Bostelmann

Gesundheitspolitisches Round-Table-Gespräch am Deutschen Schmerztag 2004.



# Praktische Schmerztherapie

## Droht das Aus oder ist es ein Megatrend der Zukunft?

Mit mehr als 2000 Teilnehmern war der Deutsche Schmerztag 2004 in Frankfurt/Main wieder ein voller Erfolg. Neben den vielen fachspezifischen Diskussionen zum Schwerpunktthema „Kopf-, Gesichts- und Nervenschmerz“ lockte auch das Jubiläumssymposium zum 20. Geburtstag des STK und die gesundheitspolitische Diskussionsrunde viele Besucher.

**N**euere Forschungserkenntnisse versprechen eine immer gezieltere, mechanismentorientierte Therapie. Aber nicht alles, was, für die Patienten wünschenswert wäre, ist unter den Prämissen der gegenwärtigen Gesundheitspolitik auch im Praxisalltag umsetzbar, so dass die Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes in vielen Diskussionen für Zündstoff sorgten.

### Das Kreuz mit dem Kreuz

Rückenschmerzen verursachen immense sozioökonomische Folgekosten von 15 bis 20 Milliarden Euro jährlich. Das Hauptproblem stellen dabei 10% der Patienten dar, die durch ihre Chronifizierung 80% aller Kosten verursachen. Nach wie vor sind Rückenschmerzen wenig verstanden, und immense Gelder werden durch unnötige apparative Diagnostik vergeudet, warnte Dr. med. *Frank Bartel*, Rostock. Mit einer ausführlichen Schmerzanamnese und einer interdisziplinären klinischen Untersuchung sind 90% der Rückenschmerzen zu diagnostizieren, und nur bei 10% sind apparative Zusatzuntersuchungen erforderlich, mahnte der Rostocker DGS-Leiter. Dazu gehört allerdings neben der gründlichen Schmerzanamnese auch das Ausziehen, Anschauen und Anfassen der Patienten. Zum Mindestprogramm gehören an der HWS die orientierende Untersuchung der Kopfgelenke, die Atemwelle in Bauchlage zur Beurteilung der BWS, der *Patrick-Test*, die gekreuzte Adduktion, die Vor- und Seitbeweglichkeit der LWS, Beckenpunktpalpation und die Überprüfung der Fußrotation nach *Heymanns*, um beispielsweise eine *Morton-Anomalie* zu erkennen. Bei diesem Beschwerdebild ist die Belastung zu sehr auf dem Metatarsale 2 statt auf dem Großzehengelenk. Diese Anomalie könnte



Bildfoto/Bosteimann

durch die Einlage einer Filzeinlage mit einfachen Mitteln effektiv korrigiert werden.

### Von Null auf 4000

Helfen aus nächster Nähe ist das Motto der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., die sich aus dem Schmerztherapeutischen Kolloquium inzwischen zur größten deutschen Schmerzfachgesellschaft mit über 4000 Mitgliedern entwickelt hat. Seit 1984 hat sich dieser Verband mit seiner intensiven Informationsarbeit und Lobbytätigkeit für die Belange der chronisch Schmerzkranken eingesetzt. Über die jüngsten Erfolge informierte Dr. med. *Gerhard Müller-Schwefe*, Göppingen: Bei der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes kamen die Belange der Schmerzkranken nun doch nicht völlig zu kurz: In den Arzneimittelrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses konnte erreicht werden, dass verschiedene nichtverschreibungspflichtige Medikamente wie Laxanzien im Rahmen einer Opioidtherapie und Lokalanästhetika auch weiterhin zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden „dürfen“. So konnte eine massive finanzielle Belastung abgewendet werden, die für viele Patienten den Abbruch der Behandlung bedeutet hätte, so *Müller-Schwefe*. Immer noch ungeklärt sind für viele Patienten die Fahrtkosten nach invasiven therapeutischen Verfahren. Ein weiterer wichtiger Meilenstein ist der Vertrag für Schmerzkongressen, der seit Mitte März die

integrierte Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen ermöglicht. Erstmals werden damit angemessene Vergütungen für diese interdisziplinären Schmerzkongresse für die Versicherten der beteiligten Kassen (TK, Gmünder Ersatzkasse, einzelne BKKs und weitere Kassen) übernommen. Diese Kongresse tagen mindestens monatlich in allen regionalen Schmerzzentren der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und untersuchen und beraten pro Sitzung zwei bis drei Patienten.

Allerdings sind auch damit noch längst nicht alle Ziele der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie erreicht. Nach wie vor ist die Ausbildung der Medizinstudenten im Bereich der Schmerzdiagnostik und -therapie unzureichend. Die Einrichtung von Lehrstühlen für Schmerztherapie ist überfällig, kritisierte der Göppinger Schmerzexperte.

Ebenso wichtig ist die Einrichtung eines Facharztes für Algesiologie, der durch seine mehrjährige Weiterbildung über das ganze Spektrum der Behandlungsmodalitäten auch für schwerste chronifizierte Schmerzzustände zuständig wäre.

### Erfolgsstory wird gewürdigt

Zu den renommierten Gratulanten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie gehörte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. *Jörg-Dietrich*



Jörg-Dietrich Hoppe, Köln, am Deutschen Schmerztag 2004.

Foto Bildfoto/Bosteimann

*Hoppe*, Köln, der daran erinnerte, dass 1960 die Schmerztherapie von der Angst vor Sucht geprägt war und Opiode erst am Sterbebett



zugänglich wurden. Es ist ein Verdienst dieser Fachgesellschaft, das Versorgungsproblem der chronisch Schmerzkranken aus dem Schattendasein geholt zu haben. Der interdisziplinäre Ansatz hat maßgeblich zum Erfolg beigetragen. Die Breitenversorgung wurde Dank der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie besser, und die Schmerztherapie hat dadurch einen höheren Stellenwert in der Aus- und Weiterbildung erreicht, was nicht zuletzt in der Einführung der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie 1996 auch von der Bundesärztekammer festgeschrieben wurde. Ähnlich haben sich die Bemühungen bei den Schwerstkranken und Sterbenden entwickelt, auch hier wurde 2003 die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin eingeführt. Auch wenn die Reformen im Gesundheitswesen Anlass zur Sorge sind, wurden damit auch Chancen eröffnet, neue Verträge zur integrierten Versorgung zu schaffen. Allerdings unterliegen Ärzte bei ihren Verordnungen zunehmend dem Druck, an die finanzielle Gesundheit der Krankenkassen denken zu müssen, und dies ist eine bedenkliche Entwicklung zur Merkantilisierung der Gesundheitsberufe, warnte *Hoppe*. Der gemeinsame Bundesausschuss schafft Vorgaben bei der Umsetzung in die tägliche Praxis, und die individuelle Arzt-Patient-Beziehung steht unter der Überwachung durch die Politik. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wird zunehmend eine Programm-Medizin geschaffen, und Ärzte sehen sich mit erschwerten Bedingungen konfrontiert, bei denen die in den Medien so heiß diskutierten Zuzahlungen

allenfalls 5% ausmachen, während die anderen 95% der Reform noch unverstanden sind.

### Unverändert Ausbildungsdefizit

Prof. *Michael Zenz*, Bochum, Präsident der DGSS, erinnerte an die Erfolge wie die Novellierung der BtMVV und die Einführung der Zusatzbezeichnung, kritisierte aber zugleich wehmütig die neue Approbationsordnung, in der nach wie vor die Schmerztherapie nicht als Pflichtfach für die Ärztliche Prüfung verankert wurde. Es gilt, bei den Volksleiden Rückenschmerzen, Kopfschmerzen etc. noch viel zu tun. Positiv beurteilte er allerdings, dass die Schmerztherapie zum Paradebeispiel für Interdisziplinarität wurde und die chronische Schmerzkrankheit als bio-psycho-soziale Krankheit etabliert hat. In diesem Sinne sollte die gute Zusammenarbeit mit der DGSS auch weiterhin fortgesetzt werden.

Stellvertretend für die große Zahl der Schmerzkranken, die von den Errungenschaften der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie profitiert haben, gratulierte Dr. med. *Marianne Koch*, Tutzing, als Präsidentin der Deutschen Schmerzliga. Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie hat dazu beigetragen, dass heute Schmerzkranken nicht mehr mit „schwachsinnigen Durchhalteparolen und Zähnezusammen

beißen“ abgespeist werden. Inzwischen hat sich das Bewusstsein vieler Ärzte gewandelt. Besonders positiv ist, dass auch der Patient als mündiger Partner von den Schmerzexperten wahrgenommen wird. Nach einer aktuellen Umfrage zur Ausbildung an den deutschen Universitäten besteht allerdings, so mahnte *Müller-Schwefe*, nach wie vor kein Grund zur Euphorie. Schmerzdiagnostik und -therapie kommen in der Ausbildung zu kurz, und es besteht erheblicher Handlungsbedarf. Mit dem bundesweit gültigen Vertrag zur integrierten Versorgung wurde zwar ein weiteres wichtiges Modell für die Zukunft geschaffen, dem aber weitere Taten folgen müssen.

### Visionen für die Zukunft

Der eigene Körper wird zunehmend zum Mittelpunkt der Welt, der Trend geht eindeutig vom Altruismus zum Egoismus, warnte Prof. *Peter Wippermann*, Zukunftsforscher aus Hamburg vom Trendbüro. In der modernen Leistungsgesellschaft werden immer weniger körperlich arbeiten, 2020 nur noch 15%. In Anbetracht der zunehmenden Überalterung geht der Trend zur Solidargemeinschaft mit Eigenbeteiligung. Wir werden immer mehr zur Mediengesellschaft, in der die Leistungsfähigkeit und Attraktivität zum Mittelpunkt werden.

Zunehmend wird der Arzt mit aufgeklärten und mündigen Patienten konfrontiert, und der Gesundheits- und Schönheitsmarkt sind die



Peter Wippermann, Hamburg.

Foto Bildfolio/Bostelmann

### Ehrenpreisträger 2004 – Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gerd Geisslinger, Frankfurt/Main

Prof. Dr. med. *Gerd Geisslinger*, Frankfurt/Main, wurde auf dem Deutschen Schmerztag in Frankfurt mit dem Ehrenpreis des Deutschen Schmerzpreises 2004 ausgezeichnet. Der Leiter des Instituts für Klinische Pharmakologie am Zentrum für Pharmakologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt erhielt den Preis auf dem 15. Deutschen Schmerztag in Frankfurt/Main.

Der Ehrenpreis des Deutschen Schmerzpreises – Deutscher Preis für Schmerzforschung und Schmerztherapie – wird jährlich an Persönlichkeiten verliehen, die durch ihr wissenschaftliches Gesamtwerk und durch ihr konsequentes Engagement zum Bewusstseinswandel bei Politikern, Institutionen, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit in Bezug auf die Problematik des chronischen Schmerzes entscheidend beigetragen haben. Der wissenschaftliche Träger des Preises ist die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. Gestiftet wird der Preis von der Firma AWDpharma GmbH.

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. *Gerd Geisslinger* hat sich mit außerordentlichem Engagement um die Schmerztherapie in Deutschland verdient gemacht. Mit hohem persönlichem Einsatz, Fachkenntnis und vorausschauender Planung hat er die schmerztherapeutische Forschung und Fortbildung in Deutschland wesentlich geprägt und gefördert. Herr Prof. *Geisslinger* hat durch seine unermüdlichen Arbeiten – wie nur wenige andere zuvor – das gegenwärtige Verständnis über die Grundlagen der pharmakologischen Behandlung akuter und chronischer Schmerzen beeinflusst, verändert und geprägt.



Ehrenpreisträger Dr. Gerd Geisslinger nimmt die Urkunde entgegen.



Wachstumsmärkte von morgen, prophezeite der Hamburger Zukunftsforscher in seinem Festvortrag. Zum Thema Schmerz bietet Amazon schon heute 622 Bücher, Gesundheit wird zum Megatrend der Mediengesellschaft. Im Alter werden Gesundheit und Fitness immer wichtiger. Altenpflege ist die Boombranche der Zukunft, da wir länger alt als jung sein werden. Schmerzen werden zunehmend abgelehnt, und der Gesundheitsmarkt mit proaktiven Biochip-Implanaten und funktionelle Nahrungsmittel liegen ebenso wie die Fitnesssportwelt im Trend der Zukunft.

### Was steckt hinter Non-Response bei Opioiden?

Warum sprechen manche Schmerzen nicht auf Opioid an? Aus der Sicht des Pharmakologen gibt es, so erläuterte Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. *Gerd Geisslinger* neben pharmakokinetischen (Opioid gelangt nicht an den Wirkort, falsche Dosis, Interaktionen) und pharmakodynamischen Ursachen (nicht opioidsensibler Schmerz) auch eine Reihe von pharmakogenetischen Gründen, die ein unzureichendes Ansprechen auf ein Pharmakon erklären können. An vier Beispielen illustrierte der Frankfurter Pharmakologe, wie sich genetische Polymorphismen an metabolisierenden Enzymen, Rezeptoren oder Transporter-Genen auf eine Opioidtherapie auswirken können. Codein ist als Prodrug ein Substrat des CYP2D6-Enzyms, durch das es zum Morphin aktiviert wird. Etwa 6% der Kaukasier haben hier Mutationen und exprimieren dieses Enzym nicht, so dass bei diesen Poor Metabolizern das Codein als Analgetikum versagt. Weitere 5% überexprimieren dagegen das Enzym, und hier sind stärkere

Nebenwirkungen bei der Standarddosis zu erwarten. Auch das Tramadol wird über das CYP2D6 metabolisiert. Auch hier bedeutet dies nach den Arbeiten von *U. Stamer*, dass schlechte Metabolisierer in der Klinik mehr Medikation zur Analgesie brauchen. Auch das Oxycodon wird zwar zum Teil über das CYP2D6 metabolisiert, aber hier haben die verschiedenen Varianten nach den Untersuchungen *Geisslingers* auf die Pupillometrie und Analgesie keinen Effekt. Eine klinische Auswirkung haben dagegen die Single-Nucleotid-Polymorphismen (SNP) am  $\mu$ -Rezeptor-Gen bei einer Morphintherapie. Derartige SNP (Austausch von Basenpaaren) sind bei etwa 10% der Bevölkerung am OPRM1-GG118 zu beobachten und führen klinisch zur Wirkabschwächung des Morphins. Für den Arzt sind die entsprechenden Patienten klinisch nicht zu erkennen, sondern nur über eine Genotypisierung identifizierbar. Diese Genotypisierung aus 10 ml EDTA-Blut mit einer PCR-Reaktion kann relativ schnell durchgeführt werden. Diese modernen genetischen Methoden sollten daher nach Ansicht *Geisslingers* in der Zukunft auch eine individuelle Therapie anhand des genetischen Risikoprofils ermöglichen.

### Reanimation als Fallstrick für Ärzte?

Reanimation sollte im Praxisteam regelmäßig geübt werden, um für akute Notsituationen gewappnet zu sein, empfahl Dr. med. *Thomas Cegla*, Wuppertal. Zur richtigen Technik gehören heute eine Technik mit einer Frequenz von Beatmung: Thoraxkompression = 2:15. Der Hals ist zu überstrecken, und die Atemwege sind frei zu machen, wenn der Carotispuls nicht tastbar ist. „Not kennt kein Gesetz“, das ist aus der Sicht des Juristen kei-

neswegs haltbar, warnte Dr. *Helge Hölzer*, Sindelfingen. Die Reanimation ist keineswegs ein rechtsfreier Raum, auch wenn strafrechtliche Folgen eher selten sind. Zivilrechtliche Schadensersatzansprüche können bei Notsituationen heute oft geltend gemacht werden, wenn erhebliche Fehler nachzuweisen sind. „Was Behandlungsfehler in der Reanimationssituation darstellen, definiert der Sachverständige, oft ein versierter ambitionierter Notarzt, bei dem Sie als Arzt schon lange nicht mehr auf die kollegiale Solidarität vertrauen können“, warnte der Justiciar der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie. Im Zweifelsfall sollten Ärzte daher auch lieber einmal zu oft als zu wenig reanimieren und nur bei sicheren Todeszeichen (Todesstarre, Leichenflecken) auf einen Versuch verzichten. Starre Pupillen, die sich bereits nach 30 Sekunden Ischämie einstellen, sind keineswegs Todeszeichen, da die Ischämietoleranz des ZNS drei bis fünf Minuten dauert. Ungeübte Ärzte sollten sich mit einer Mund-zu-Mundbeatmung begnügen und nicht versuchen, einen Tubus zu legen oder gar die Maskenatmung bevorzugen, da dabei viel zu oft Fehler gemacht würden.

### Schmerztherapie – Risiko oder Hoffnung?

Zwar wurde in den letzten Jahren Enormes in der Grundlagenforschung geleistet und eine zielgerichtete Schmerztherapie erscheint zunehmend möglich, betonte Prof. *Gerd Geisslinger*, Frankfurt, bei der gesundheitspolitischen Diskussion, aber durch die Restriktionen im Gesundheitswesen wird der Standort Deutschland selbst zum Patienten. Um mit anderen Ländern mithalten zu können, muss

#### Dr. med. Thomas Cegla, Wuppertal, auf dem Deutschen Schmerztag ausgezeichnet

Auf dem 15. Deutschen Schmerztag in Frankfurt/Main erhielt Dr. med. *Thomas Cegla*, Chefarzt des Instituts für Anästhesiologie und Schmerztherapie am St. Josef-Zentrum für Orthopädie und Rheumatologie in Wuppertal und langjähriger Leiter des Schmerztherapeutischen Kolloquiums Duisburg, den Ehrenpreis der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. 2004.

Der Preis wird jährlich an Persönlichkeiten verliehen, die durch ihr Gesamtwirken und Werk die Schmerztherapie in Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik wesentlich geprägt und gefördert haben. Der wissenschaftliche Träger dieses Ehrenpreises ist die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.

Dr. med. *Thomas Cegla* hat sich mit außerordentlichem Engagement in vielfältiger Weise um die Versorgung Schmerzkranker verdient gemacht. Mit hohem persönlichen Einsatz, Fachkenntnis und vorausschauender Planung hat er unter anderem mit dem Curriculum „Algesiologische Fachassistenz“ ein Forum für algesiologisch interessiertes medizinisches Assistenzpersonal ins Leben gerufen und auf diese Weise einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung chronisch Schmerzkranker geleistet.



Dr. Thomas Cegla, Wuppertal.

Blifollio/Bostelmann



die Politik hier gegensteuern, um weiterhin innovative Therapien anbieten zu können. *Andreas Vogt*, Stuttgart, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, erinnerte an die Verträge zu den Schmerzkonferenzen, die erstmals die integrierte Versorgung in eine ordentliche Struktur gefasst haben und die ärztlichen Leistungen angemessen honorieren. Dennoch bleiben Schmerzpatienten in ihrer Versorgung ganz hinten, und es erscheint sehr zweifelhaft, dass sich mit dem EBM „2004 plus“ etwas an diesem eigentlich untragbaren Zustand verändern wird, kritisierte Dr. med. *Gerhard Müller-Schwefe*, Präsident der DGS. Anders beurteilt die Staatssekretärin *Marianne Caspers-Merk* die Situation: Nach ihrer Einschätzung mangelt es in erster Linie an Präventionsprogrammen, und hier soll die Stiftung Prävention künftig Kräfte bündeln, um bei den Volkskrankheiten wie Asthma, Allergien und Rückenschmerz bereits im Vorfeld anzusetzen. Neue Chancen bieten ihrer Ansicht nach auch die elektronische Gesundheitskarte, die 2006 kommen soll, und das elektronische Rezept sowie die Möglichkeiten der integrierten



Marianne Caspers-Merk, Berlin.

Bildfoto/Bossteilmann

Versorgung, die durch das GMG geschaffen wurden. Neben einer besseren Ausbildung und der Überarbeitung der neuen Approbationsordnung in puncto Schmerztherapie stellt nach den Worten von Prof. *Michael Zenz* die Einführung des Facharztes für Algologie eine dringende Notwendigkeit dar. Nur mit dieser neuen Fachdisziplin kann Deutschland international Schritt halten, mahnte der Präsident der DGSS.

### Bei Neuropathien früh kombinieren

Opioide sind bei Neuropathien heute neben den Trizyklika und Antidepressiva Mittel der ersten Wahl. In der zweiten Linie stehen dann NMDA-Antagonisten, SSRI, THC, Botulinumtoxin, Lidocain, Antiarrhythmika und Guanethidin, erläuterte *Thomas Nolte*, Vizepräsident der DGS. In Anbetracht des hohen Chronifizierungsrisikos der Neuropathien können wir es uns nicht erlauben, bei akuten Beschwerden zu viel Zeit mit einer „entweder-oder-Therapie“ zu verlieren, sondern häufig sollen die Substanzen der ersten Wahl gleich kombiniert „sowohl als auch“ eingesetzt werden. Eine Auswertung der 1515 Patienten des Wiesbadener Schmerzzentrums ergab, dass jeder fünfte

Patient neuropathische Schmerzen hatte. Von den 313 betroffenen Patienten erhielten 43 % eine Monotherapie (73 % Opiode, 13 % Antidepressiva, 14 % Antikonvulsiva). Jeder vierte erhielt eine Zweierkombination (60 % Opioid und Antidepressivum, 26 % Opioid und Antikonvulsivum). Welche individuelle Therapie bei Neuropathien eingeleitet wird, sollte sich nach der Schmerzintensität, dem Schmerzcharakter und an den psychischen Komorbiditäten orientieren. Der Therapieerfolg hängt nach dem hessischen Experten an der frühzeitigen konsequenten Therapie, die auf einer sorgfältigen Anamnese, der neuroorthopädischen Untersuchung und einem interdisziplinären Therapieplan mit fortlaufender Dokumentation basieren sollte.

### Patientenforum

Abgeschlossen wurde der Deutsche Schmerztag auch dieses Jahr wieder mit einer gut besuchten Expertenrunde zum Thema „Kopf-, Gesichts- und Nervenschmerz – was wirklich hilft“, bei dem sich *Robert Reining*, *Gerhard Müller-Schwefe*, *Thomas Nolte*, *Hanne Seemann* unter der Moderation von *Marianne Koch* direkt den Fragen der betroffenen Patienten stellten und die neuesten Erkenntnisse auch dem Laienpublikum nahe brachten. ■

## Eindrücke: Hohes Niveau und Praxisrelevanz

**Lauter zufriedene Gesichter und Teilnehmer, die auch nächstes Jahr unbedingt wieder am Deutschen Schmerztag teilnehmen wollen. Das ergab eine Blitzumfrage in den Kongresspausen.**

**Chefärztin Anna Lewanowicz, Fachärztin aus der Schmerzambulanz, Walsrode:** „Auch ich bin schon wiederholt dabei gewesen und war dieses Mal insbesondere über die Möglichkeit von Ketanest bei Fibromyalgie überrascht. Das ist für mich neu gewesen, und ich habe mich hier mit Kollegen unterhalten, die dies erfolgreich einsetzen. Für mich wichtig sind praktische Tipps, und ich finde dieser Schmerztag ist dabei dem DGSS-Kongress



Anna Lewanowicz, Walsrode.

Foto U&V

überlegen, der sich mehr mit Forschungsthemen auseinandersetzt. Das ist zwar oft wissenschaftlich ganz toll, aber im konkreten Fall steht man danach genauso hilflos da und weiß nicht, was man machen soll. Beindruckt hat mich gerade der Untersuchungskurs zur Manualtherapie von Dr. *Bartel*. Diese Untersuchungstechniken benötigen wir tagtäglich in unserer Schmerzambulanz.“

### Dr. Gunter

**Reissig, Remscheid:** „Ich arbeite in der Praxis als Allgemeinmediziner und befinde mich erst am Anfang meiner schmerztherapeutischen Ausbildung. Für die Schmerztherapie interessiere ich mich schon lange und führe zum Beispiel selbst

die Neuraltherapie nach *Hunecke* durch. Über die Beschäftigung mit den Störfeldern, Schmerzonen und Schmerzursachen bin ich

letztlich immer mehr zur Schmerztherapie gekommen und möchte diese auch immer mehr selbst bei meinen Patienten durchführen. Mein Ziel ist jetzt die Ausbildung zum Schwerpunkt Spezielle Schmerztherapie, mehr kann ich als Allgemeinmediziner nicht erreichen.

Ich bedauere, dass so wenig Allgemeinmediziner teilnehmen, denn eigentlich sollte die Schmerztherapie doch eine Domäne in der Allgemeinmedizin sein, die man als Arzt in seinen Grundlagen verstehen sollte. Dieser Kongress ist für mich eine tolle Bereicherung sowohl was das Grundlagenwissen angeht als auch für die Arbeit in der Praxis.“

*Stephanie Kraus*, Haidholzen  
s-kraus@gmx.net



Gunter Reissig, Remscheid.

Foto U&V



# Palliativmedizin im Trend der Zeit

Die Palliativmedizin, lange ein Tabuthema in Deutschland, hat in den letzten Jahren eine dynamische Entwicklung genommen. Dennoch ist es zu früh, mit dem Status quo zufrieden zu sein. Kontinuierliches Engagement ist nach wie vor gefordert, betont Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, Deutscher Schmerzpreisträger 2004, Bonn.



Foto: Herb Ritt

ren. Die Zeitschrift für Palliativmedizin erschien 1999 mit ihrer ersten Ausgabe, und die erste Verleihung des Förderpreises Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) erfolgte 2000.

1999 wurde die erste Professur für Palliativmedizin (Sackler-Stiftungsprofessur an der Universität Bonn) etabliert, eine weitere erfolgte 2003 in Aachen; Professuren in Köln und Göttingen werden in Kürze realisiert.

Die Bundesärztekammer verabschiedete mit der Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung 2003 die Zusatzweiterbildung für den Bereich Palliativmedizin und sie hielt fest, dass in allen Gebieten mit patientennaher Versorgung während der Gebietsweiterbildung die Grundlagen der Palliativmedizin erlernt werden müssen.

## Tab. 1: Professuren / Lehrstühle Europa

- 1 Belgien, **Deutschland**, Finnland, Griechenland, Großbritannien, Norwegen,

## Tab. 2: Zusatzweiterbildung / Facharzt Europa

- 1 **Deutschland**, Finnland, Großbritannien, Po-

9.000 auf über 50.000 (Abb. 1). Deutschland gehört zu den europäischen Ländern, in denen Curricula für Studenten, Pflegekräfte, Ärzte, Sozialarbeiter und Seelsorger vorliegen (Tab. 3).

Palliativmedizin ist in den letzten sechs Jahren auf vielen nationalen Kongressen etablierter Fachgesellschaften in Hauptsitzungen vertreten gewesen. Im Jahre 2005 wird der Europäische Kongress für Palliativmedizin der EAPC in Aachen stattfinden.

Das Land Nordrhein-Westfalen plant eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich. Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages für Ethik und Recht der modernen Medizin bearbeitet in der Themengruppe „Menschenwürdiges Leben bis zuletzt“ schwerpunktmäßig die Bereiche Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Aus dieser beeindruckenden Entwicklung könnte der Trugschluss gezogen werden, dass wir das Ziel bereits erreicht hätten. Auf dem richtigen Weg sein heißt noch lange nicht, dass wir mit dem gegenwärtigen Stand zufrieden sein könnten und dürften. Ganz im Gegenteil. In vielen Bereichen stehen wir geradewegs am Anfang palliativmedizinischer Arbeit bzw. Umsetzung.

## Zehn Problemfelder

Folgende zehn Problemfelder kennzeichnen die gegenwärtige Versorgungsstruktur schwerstkranker Menschen in Deutschland.

### 1. Aus-, Fort- und Weiterbildung

In der neuen Approbationsordnung aus dem Jahre 2002 ist Palliativmedizin bisher kein Pflichtlehr- und -prüfungsfach. Bisher ist es nur an den Medizinischen Fakultäten in München und Bonn gelungen, Palliativmedizin als Querschnittsfach zu etablieren

In einer von der Deutschen Krebsgesellschaft in Auftrag gegebenen Untersuchung, die 1998 publiziert wurde, heißt es: „Der gegenwärtige Stand der Palliativmedizin in Deutschland ist kümmerlich, miserabel, extrem schlecht, der Wissensstand der meisten Ärzte bescheiden. Die Öffentlichkeit schließlich hat keine Ahnung, wer sollte ihr auch eine solche vermitteln. Es fehlen jedoch nicht nur diese, eher organisatorischen Voraussetzungen, der Gedanke der Palliativmedizin ist als solcher im medizinisch-akademischen Betrieb nur schemenhaft präsent.“

Diese Aussage kann so im Jahre 2004 nicht mehr stehen bleiben. Einige Fakten sollen die Entwicklungsdynamik der letzten Jahre wiedergeben.

## Entwicklungsdynamik

Von 1996 bis Ende 2003 stieg die Anzahl der Palliativstationen von 24 auf 92 und die der Hospize von 31 auf 115 an. Seit 1997 existieren ein Lehrbuch für Palliativmedizin sowie weitere, kürzer gefasste palliativmedizinische Bücher, Leitfäden und Informationsbroschü-

## Rasante Entwicklung der Fachgesellschaften

Die Mitgliederzahl der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin stieg in den Jahren 1997 bis Ende 2003 von ca. zweihundert auf über tausend. Die Mitgliederzahl der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) stieg im gleichen Zeitraum von ca.

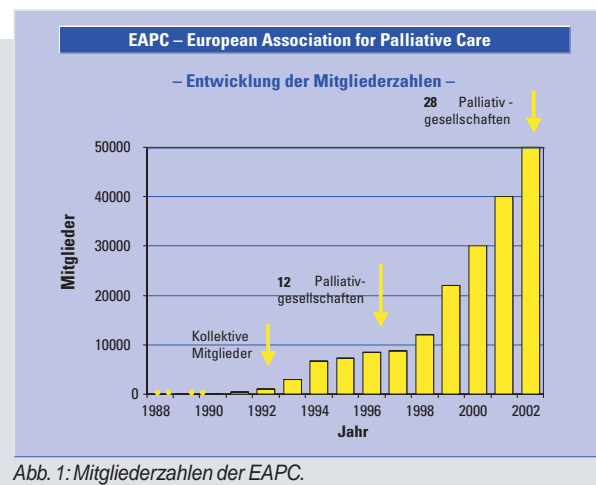


Abb. 1: Mitgliederzahlen der EAPC.

Bildarchiv Klaschik



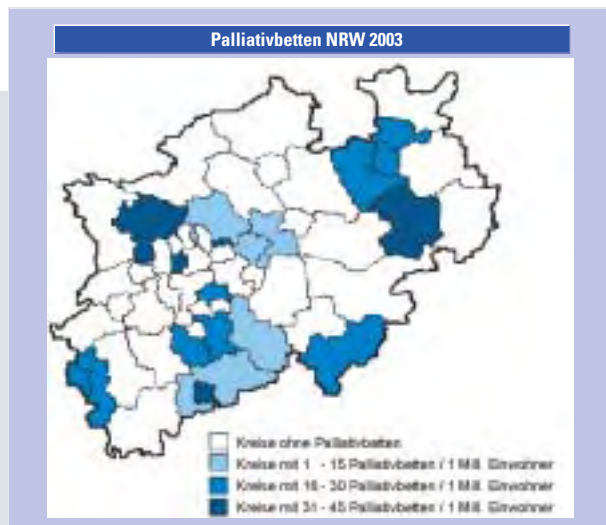


Abb. 2: Palliativbetten in NRW 2003.

Bildarchiv Klaschik

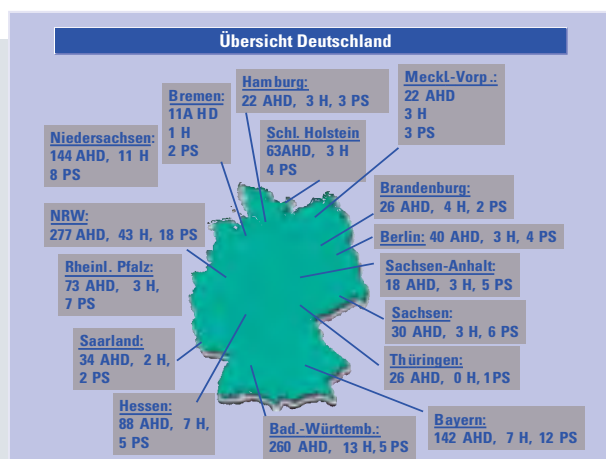


Abb. 3: Bettendichte in Deutschland.

Bildarchiv Klaschik

Einwohner aus, dann sind wir mit 9 Palliativ- und 13 Hospizbetten pro eine Million Einwohner erst auf dem halben Weg. Bedenkt man außerdem, dass die Verteilung stationärer Palliativeinrichtungen erhebliche regionale Differenzen aufweist, wird deutlich, dass weite Landesteile völlig unterversorgt sind. (Abb. 2). Ein Vergleich der Bettendichte in den Bundesländern ergibt eine weite Spannbreite von vier Betten (Thüringen) pro eine Million Einwohner bis 24 Betten pro eine Million Einwohner (Bremen) (Abb. 3).

### 3. Spezialisierte ambulante Palliativdienste

Die Unterversorgung mit spezialisierten Palliativdiensten im ambulanten Bereich ist noch erheblich größer als im stationären Sektor. Wird die eher defensive Annahme zugrunde gelegt, dass für 250.000 Einwohner ein ambulanter Palliativ-

denseins professioneller und ehrenamtlicher Unterstützung oft nicht möglich. Dennoch wird es berufstätigen Angehörigen schwer gemacht, die notwendige Zeit für die Pflege eines Sterbenden aufzubringen. In Frankreich besteht seit 1999 ein Rechtsanspruch für jeden Arbeitnehmer auf einen dreimonatigen unbezahlten Urlaub zur Sterbebegleitung von Verwandten ersten Grades sowie jeder anderen, in seinem Haushalt lebenden Person.

### 6. Honorarsituation palliativ-pflegerischer und palliativmedizinisch ärztlicher Leistungen im ambulanten Sektor

Die häusliche Krankenpflege spielt bei den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur eine untergeordnete bis Rolle. Knapp 1,5 % aller Ausgaben der GKV werden für diesen Bereich ausgegeben. Für die zeitintensive und qualitativ anspruchsvolle Pflege Schwerstkranker und Sterbender bleibt somit – abgesehen von der Finanzierung einzelner Modellprojekte – kein finanzieller Spielraum. Auch der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zur Honorierung ärztlicher Leistungen im ambulanten Sektor ist so angelegt, dass die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und deren Angehöriger keine adäquaten Abrechnungsmöglichkeiten zulässt. Palliativmedizinische Leistungskomplexe gibt es nicht.

### 7. Finanzierung der stationären Palliativmedizin

Der G-DRG Gruppenalgorithmus berücksichtigt nicht die Unterschiede zwischen palliativer und kurativer Medizin. Im Gegensatz dazu wird in Australien – unser DRG-Referenzland – zwischen Akut- und Subakutmedizin unterschieden. Nur die Akutmedizin wird in den DRGs abgebildet. Die Palliativmedizin ist in Australien der Subakutmedizin zugeordnet und damit sondervergütet.

Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) versucht zur Zeit, in einem ersten Schritt für die Jahre 2005 und 2006 eine Regelung über tagespauschalierte Vergütung und Koppelung an eine OPS zu finden. In einem zweiten Schritt sollte für die Zeit ab 2007 eine spezifische, triggernde, palliativ-medizinische OPS festgelegt werden, die in eine neue palliativmedizinische Basis-DRG leitet.

### 8. Forschung

Obwohl von Beginn an für Dame Cicely Saunders – der Begründerin der modernen Hospizbewegung – die Integration von Forschung in die Hospizarbeit zu den Grundpfeilern gehörte, kam es in der klinischen Weiter-

und damit verpflichtend für die Studierenden zu machen. Zu den großen Herausforderungen wird es gehören, dass zukunftsnahe Palliativmedizin auch an den anderen Universitäten verpflichtend unterrichtet wird.

Die von der Bundesärztekammer verabschiedete Muster-Weiterbildungsordnung mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ist zwar ein wichtiges Signal; die Umsetzung erfolgt aber auf Länderebene, und hierbei wird es darauf ankommen, dass von den Vorgaben der Bundesärztekammer keine Abstriche gemacht werden. Die Fortbildungsaktivitäten gehören zu den erfreulichen Seiten; gleichwohl müssen in den etablierten Akademien und Fortbildungsstätten neben den Grundkursen verstärkt vertiefende Aufbaukurse angeboten werden.

### 2. Stationäre Palliativeinrichtungen

Von einer ausreichenden und flächendeckenden Versorgung mit stationären Palliativeinrichtungen kann nicht gesprochen werden. Geht man von einem international als erforderlich angesehenen Standard von ca. 50 Hospiz- bzw. Palliativbetten pro eine Million

Einwohner aus, dann sind wir mit 9 Palliativ- und 13 Hospizbetten pro eine Million Einwohner erst auf dem halben Weg. Bedenkt man außerdem, dass die Verteilung stationärer Palliativeinrichtungen erhebliche regionale Differenzen aufweist, wird deutlich, dass weite Landesteile völlig unterversorgt sind. (Abb. 2). Ein Vergleich der Bettendichte in den Bundesländern ergibt eine weite Spannbreite von vier Betten (Thüringen) pro eine Million Einwohner bis 24 Betten pro eine Million Einwohner (Bremen) (Abb. 3).

### 4. Stationär-ambulante Schnittstelle

Problematisch in der palliativmedizinischen Versorgung betroffener Patienten ist häufig die mangelnde Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Kommunikationsdefizite über die Sektorengrenzen hinweg scheinen systemimmanent zu sein, selbst wenn das Bemühen bei allen Beteiligten da ist, diese zu überwinden. Die beste Lösung dieser Probleme wären zweifellos sektorenübergreifende Angebote, wie sie auch von einem Teil der ambulanten Palliativdienste schon modellhaft realisiert werden.

### 5. Sozialrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger

Den größten Anteil bei der ambulanten Versorgung Schwerstkranker und Sterbender tragen pflegende Angehörige. Ohne sie wäre eine häusliche Versorgung trotz des Vorhan-



entwicklung der Hospizidee und Palliativmedizin zu einer Vernachlässigung dieses Bereiches. Inzwischen setzt sich die Einsicht durch, dass Forschung zur Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung unerlässlich ist und zwingend umgesetzt werden muss. Die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) etablierte zur Förderung europaweiter Forschung 1997 das Research Steering Committee.

### 9. Palliativmedizin für Nicht-Tumorpatienten

Begrenzte Lebenserwartung, Schmerzen, andere körperliche Symptome, Symptomskala-tion, psychisches, soziales, geistig-seelisches Leid und unverändert hohe Sterblichkeit bei Patienten mit Tumorerkrankungen haben dazu geführt, dass weltweit überwiegend diese Patientengruppe palliativmedizinisch betreut wurde und wird.

Inzwischen gibt es eindrucksvolle Untersuchungen, die zeigen konnten, dass auch Nicht-Tumorpatienten von der palliativmedizinischen Versorgung profitieren können, wie Ergebnisse eines norwegischen Projektes in einem Alten- und Pflegeheim belegen (Tab. 4 und 5). Seit einigen Jahren entwickelt sich in Deutschland ein Netzwerk für Kinder mit lebensbegrenzenden Erkrankungen.

### 10. Euthanasiedebatte

Die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Belgien und den Niederlanden hat in Deutschland zwei unterschiedliche Reaktionen hervorgerufen. Zum einen sind die Stim-

men derer lauter geworden, die schon immer diesen Weg lebensbeendender Maßnahmen befürwortet haben. Zum anderen nahm die Bundesärztekammer immer wieder Stellung zu diesem Thema und unterstrich ihre ablehnende Haltung zur Euthanasie, eine Einstellung, die auch medizinische Fachgesellschaften, u.a. die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), vertreten. Gründe für das Verlangen nach aktiver Sterbehilfe sind in den Niederlanden die Angst vor unerträglichem Leiden, Verlust der Würde und Autonomie, Angst vor unsinnigen, das Leiden verlängernden therapeutischen Maßnahmen, Angst vor Schmerzen und anderen unerträglichen körperlichen Symptomen.

Palliativmedizin hat sich zum Ziel gesetzt, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit zu betreiben, das heißt, in ihrer physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension, um so Leiden umfassend zu lindern, die Würde und Autonomie des Menschen achtend. Der Unterschied zwischen der aktiven Sterbehilfe und der Palliativmedizin liegt darin, dass nicht der Leidende, sondern die Symptome von Leid, wie zum Beispiel Schmerz, Einsamkeit, beseitigt werden. Eine von Müller-Busch et al. im Jahre 2003 publizierte Untersuchung hat ergeben, dass deutsche Ärzte umso eher eine zustimmende Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe einnehmen

- je geringer ihre eigenen medizinischen und ethischen Kenntnisse,
- je geringer ihre professionelle Erfahrung,
- je geringer das Wissen alternativer Möglichkeiten zur Leidenslinderung sind.

Tab. 3: Curricula / Studenten Europa

1 Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Polen, Spanien, Ungarn

Tab. 4: Projekt – PM – Norwegen

#### Medikamente – Änderungen

- í í Schlafmittel
- í í Antidepressiva
- í í í Neuroleptika
- í í Laxanzien
- è è Opiode

Tab. 5: Projekt – PM – Norwegen

#### Ergebnis

- í í Unfälle
- í í Verletzungen
- è Kommunikation
- è Bewusstsein
- í í Noteinweisungen ins Krankenhaus

Wenn solche Defizite vorhanden sind, müssen alle Kräfte mobilisiert werden, die Bedingungen zu ändern, das heißt, Palliativmedizin muss fester Bestandteil der heutigen Medizin aus der Sicht der Ärzte werden. Bevor in Deutschland weitere Diskussionen über die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geführt werden, sollte die konsequente, sofortige und flächendeckende Umsetzung der Palliativmedizin gefordert und gefördert werden. Wird diese Chance nicht wahrgenommen, wird die Akzeptanz und Realisierung der Euthanasie die weitere kreative Entwicklung der Palliativmedizin behindern. ■

Eberhard Klaschik, Bonn  
Anaesthesie.Bonn@Malteser.de

### Preisträger Deutscher Schmerzpreis 2004 – Eberhard Klaschik

Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, Bonn, wurde mit dem Deutschen Schmerzpreis 2004 ausgezeichnet. Der engagierte, führende, international anerkannte Palliativmediziner erhielt den Preis auf dem 15. Deutschen Schmerztag in Frankfurt/Main.

Der Deutsche Schmerzpreis – Deutscher Preis für Schmerzfor-schung und Schmerztherapie – wird jährlich an Persönlichkeiten verliehen, die sich durch wissenschaftliche Arbeiten über Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände verdient gemacht oder die durch ihre Arbeit oder ihr öffentliches Wirken entscheidend zum Verständnis des Problemkreises Schmerz und der davon betroffenen Patienten beigetragen haben. Der wissenschaftliche Träger des Preises ist die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.; der Preis wird gemeinsam mit der Deutschen Schmerzliga e.V. verliehen. Gestiftet wird der Preis von der Firma Mundipharma GmbH, Limburg.

Prof. Eberhard Klaschik gehört zu den führenden Palliativmedizinern in Deutschland. Die Universität Bonn übertrug dem engagierten Schmerztherapeuten 1999 den ersten Lehrstuhl Deutschlands für Palliativmedizin. Über die Grenzen der Wissenschaft hinaus engagiert sich der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und Leiter des STK Bonn auch seit 2003 als Sachverständiger in der Enquete-Kommission des Bundestages für Ethik und Recht der modernen Medizin. In seinem beruflichen Lebensmittelpunkt steht dabei seit Jahren die Entwicklung und Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung als wesentlicher Pfeiler in einem bio-psycho-sozialen Behandlungskonzept. Durch beharrliche Fort- und Weiterbildungsaktivitäten wie auch eine konsequente Öffentlichkeitsarbeit ist so der Aufbau eines ambulanten und stationären palliativmedizinischen Versorgungsnetzes in Deutschland eng mit seinem Namen verknüpft (siehe dazu Beitrag S. 8).



Dr. Gerhard Müller-Schwefe bei der Preisüberreichung an Prof. Eberhard Klaschik.

# Kopfschmerztherapie im Kindesalter

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von Kindern und Jugendlichen in den Industrienationen der westlichen Welt. Nach Jahren der Stagnation haben sich gerade zu Beginn des 21. Jahrhunderts neue Entwicklungen ergeben, die jetzt auch für jüngere Kopfschmerzpatienten die Formulierung rationaler Empfehlungen für eine geeignete medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie ermöglichen, die Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Michael A. Überall, Vizepräsident der DGS, Nürnberg, vorstellt.

Grundsätzlich ist das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung akuter, akut rekurrender oder chronischer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen ähnlich vielgestaltig wie das zur Behandlung erwachsener Kopfschmerzpatienten! Als therapeutische Hauptdirektive muss gelten, dass ohne gesicherte Diagnose keine spezifische Therapie eingeleitet werden sollte. Dies setzt die Kenntnis der aktuellen IHS-Klassifikationsleitlinien voraus und verdeutlicht, dass auch die Pharmakotherapie kindlicher Kopfschmerzen einem differenziellen Behandlungsplan folgen muss. Art und Umfang der therapeutischen Intervention müssen darüber hinaus an den individuellen Leidensdruck und an die jeweilige Situation angepasst werden. Problematische Verläufe bei chronischen oder akut rekurrenden Kopfschmerzsyndromen sollten in engem Kontakt mit bzw. unter Supervision eines kompetenten Schmerzzentrums behandelt werden.

## Medikamentöse Kopfschmerztherapie

Bei sogenannten sekundären Kopfschmerzen (bei denen der Schmerz Folge bzw. Symptom einer klinisch fassbaren Grunderkrankung, z.B. einer Infektion, ist) ist naturgemäß die Beseitigung der zugrunde liegenden Organpathologie oberstes therapeutisches Gebot. Dennoch kann es

auch hier notwendig sein, adjuvant symptomatisch zu behandeln und analgetisch wirksame Therapieverfahren einzusetzen, um den Zeitraum bis zur Diagnosestellung bzw. Restitution adäquat überbrücken zu können. Hierfür steht eine Vielzahl wirksamer Präparate zu Verfügung, die in den Tabellen 1 und 2 zusammengefasst sind.

In der Regel problematischer als die Behandlung akuter symptomatischer Cephalgien ist die Therapie der häufig chronisch oder chronisch rezidivierend verlaufenden, primären Kopfschmerzkrankungen. Hier führen fehlende oder unzureichend formulierte Behandlungsvorschläge seitens des Therapeuten bzw. übertriebene Erwartungen seitens des Patienten nicht selten zu unkontrollierten und bisweilen nebenwirkungsreichen Selbstmedikationen. Häufig wird dem Arzt seitens des Patienten gar nicht die Chance für eine Therapiemodifikation gegeben, weil letzterer, vom Misserfolg der Erstbehandlung enttäuscht, einen neuen Therapeuten aufsucht und dieser erneut „bei Null beginnt“. Aus diesem Grund sollte der Behandlung von



Kopfschmerzen heute grundsätzlich ein aufklärendes Gespräch vorangestellt werden, in welchem dem Patienten der Hintergrund des vorgeschlagenen Behandlungskonzeptes erläutert und ihm ausreichend Zeit für Fragen gegeben werden muss. Ziel muss es sein, auch das Kind und den Jugendlichen zum kompetenten Partner in der Behandlung seiner eigenen Erkrankung zu machen.

Tab. 1: Dosierungsempfehlungen für die gängigsten in Deutschland oral verfügbaren Analgetika

Wirkstoff	Präparat (z.B.)	Initialdosis (mg/kgKG)	Dosierungsintervall (h)	Erhaltung (mg/kgKG)	Maximaldosis (mg/kgKG/d)	Applikationsweg
Paracetamol	Ben-u-ron®*	35-45*	6-8	15-20	100	rect.
		15-20	6-8	10-20	100	p.o.
Acetylsalicylsäure	Aspirin®**	10-15	4-6	10-15	60-80	p.o.
Ibuprofen	Nurofen®	10-15	6-8	10	40	p.o.
Naproxen	Proxen®	5-10	8-12	5-10	30	p.o., rect.
Valdecoxib	Bextra®	0,4-0,6	12	0,4-0,6	0,8-1,2	p.o.
Metamizol	Novalgin®	10-20	4-6	10-20	80	p.o., rect.
Tramadol	Tramudin®	1-2	3-4	1-2	8-10	p.o.

\* (diese im Vergleich mit den Herstellerangaben deutlich höhere Initialdosierung von Paracetamol ist zum Erreichen einer analgetischen Wirksamkeit notwendig und geht – als Kurzzeittherapie in den genannten Dosierungen über 1–2 Tage verabreicht – mit keinem erhöhten Risiko einer Leberschädigung einher!)

\*\* (Die Anwendung sollte wegen der Gefahr der Auslösung eines Reye-like Syndromes bei virusinduzierten Infektionskrankungen im Kindesalter auf nicht-Infekt-assoziierte Kopfschmerzen beschränkt werden).

Tab. 2: Dosierungsempfehlungen für die gängigsten in Deutschland parenteral verfügbaren Analgetika

Wirkstoff	Präparat (z.B.)	Initialdosis (mg/kgKG)	Dosierungsintervall (h)	Erhaltung (mg/kgKG)	Maximaldosis (mg/kgKG/d)	Applikationsweg
Metamizol	Novalgin®*	10-15	6-8	10-20	100	Kurzinfusion i.v.
		2-4	24h			DTI i.v.
Lysinacetylsalizylat	Aspisol®	10	4-6 (-8)	10	40	Bolus/Kurzinf. i.v.
Parecoxib*	Dynastat®	0,4-0,6 (max. 40mg/ED)	12	0,4-0,6 (max 40mg/ED)	0,8-1,2	
Paracetamol	Perfalgan®	10	6-8	10	40	Kurzinfusion i.v.
Tramadol	Tramal®	1-2	4-6	1-2	4-8	Kurzinfusion i.v.

\* (bislang nur eingeschränkte Erfahrungen bei Patienten < 18 Jahren, in Deutschland nicht für die Behandlung von Patienten < 18 Jahren zugelassen)

**Tab. 3: Therapeutischer Eskalationsplan zur situationsgerechten Behandlung kindlicher Migräneattacken**

- A) Medikamentöse Behandlung der leichten Migräneattacke**  
(Def.: initial langsamer Schmerzanstieg, niedrige Intensität, fehlende oder geringe Aurasymptomatik, mäßige Übelkeit, kein Erbrechen)
- 1) Antiemetikum Domperidon (z.B. Motilium®)\*: 1ggt/kgKG/ED p.o. (max. 33ggt/ED)  
\*(cave: dyskinesisches Syndrom, Antidot: Diphenhydramin (z.B. Benadryl®): 1mg/kgKG/ED alle 6h p.o. oder rect. oder Biperiden (z.B. Akineton®): 1-2mg/ED i.v.)
  - 2) Analgetikum Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin®): 10-15mg/kgKG/ED p.o. (max. 1000mg/ED) oder Ibuprofen (z.B. Nurofen®): 15-25mg/kgKG/ED p.o. oder rect. (max. 40mg/kgKG/d) oder Ketoprofen (z.B. Orudis®): 0,5-1mg/kgKG/ED p.o. oder rect. (max. 100mg/ED) oder Paracetamol (z.B. Ben-u-ron®): 35-45mg/kgKG/ED rect., gefolgt von 15-20mg/kgKG/ED alle 6-8h (max. 100mg/kgKG/d) oder 10-20mg/kgKG/ED p.o. gefolgt von 10-20mg/kgKG/ED alle 6-8h (max. 100mg/kgKG/d)
- B) Medikamentöse Therapie der schweren Migräneattacke**  
(Def.: rascher Schmerzanstieg, hohe Intensität, ausgeprägte Aurasymptomatik, starke Übelkeit/ Erbrechen, fehlende/unzureichende Wirksamkeit bisheriger Therapieversuche)
- 1) siehe unter A1 und A2
  - 2) Serotoninagonist\* Sumatriptan (Imigran®): 10-20mg/ED nasal (max. 40mg/d) 0,3-0,6mg/kgKG/ED s.c. (max. 6mg/ED, max. 12mg/d)  
\*(einziges Triptan mit in mehreren kontrollierten Studien bei Kindern (4-12 Jahre) und Jugendlichen (12-17 Jahren) nachgewiesener überlegener Wirksamkeit gegen Placebo; Zulassung ab dem 12. Lebensjahr)
  - 3) Sedativum\*\* Lorazepam (z.B. Tavor® expidet): 0,025-0,05mg/kgKG/ED p.o. (max. 1-2mg/d) oder Diazepam (z.B. Diazepam® Desitin rect.): 0,2-0,5mg/kgKG/ED rect. (max. 5-10mg/d)  
\*\*(cave: nur im äußersten Notfall, um dem Patienten einen entspannenden Schlaf zu ermöglichen)
- C) Medikamentöse Notfalltherapie der schweren Migräneattacke**  
(Def.: Therapieresistenz bzgl. o.g. Selbstmedikation, langer Verlauf, komplexe Symptomatik)
- 1) Antiemetikum Metoclopramid (z.B. Paspertin®):\*\*\* 0,1mg/kgKG/ED i.v. (max. 0,5-1,0mg/kgKG/d)  
\*\*\* (cave: dyskinesisches Syndrom, Antidot: Biperiden (z.B. Akineton®): 1-2mg/ED i.v.)
  - 2) Analgetikum Lysinacetylsalicylat (z.B. Aspisol®):\*\*\*\* 10-15mg/kgKG/ED i.v. (max. 1000mg/ED)  
\*\*\*\* (cave: Reye-like Syndrom bei Virusinfektionen) oder Metamizol (z.B. Novalgin®):\*\*\*\*\* 10-15mg/kgKG/ED i.v. (max. 80mg/kgKG/d)  
\*\*\*\*\* (cave: Kreislauf-depressive NW, deshalb i.v. Gabe als Kurzinfusion bei liegendem Patienten) oder Paracetamol (Perfalgan®):\*\*\*\*\* 0mg/kgKG/ED i.v. (max. 40mg/kgKG/d)  
\*\*\*\*\* (cave: in Deutschland noch nicht für die i.v. Behandlung zugelassen) oder Ketoprofen (Orudis®):\*\*\*\*\* 1mg/kgKG/ED i.v., i.m. (max. 100mg/ED)  
\*\*\*\*\* (cave: in Deutschland noch nicht für die i.v. Behandlung zugelassen) oder Parecoxib (Dynastat®):\*\*\*\*\* 0,4-0,6mg/kgKG/ED i.v., i.m. (max. 40mg/ED)  
\*\*\*\*\* (cave: nicht für die Behandlung von Patienten <18 Jahren zugelassen)
  - 3) Serotoninagonist Sumatriptan (Imigran®)\*: 20mg/ED nasal (max. 40mg/d) 0,3-0,6mg/kgKG/ED s.c. (max. 6mg/ED, max. 12mg/d)
  - 4) Sedativum\*\* Lorazepam (z.B. Tavor® pro injectione): 0,05mg/kgKG/ED i.v. oder Diazepam (z.B. Diazepam® Desitin Inj.): 0,2-0,5mg/kgKG/ED i.v. oder Levomepromazin (z.B. Neurocil®): 1mg/kgKG/d i.v. oder p.o.
- D) Medikamentöse Therapie des Status migraenosus**  
(Def.: Attackendauer trotz Therapie über 72 Stunden mit ausgeprägter Übelkeit, Erbrechen und sehr starker Schmerzintensität)
- 1-4) siehe unter C1- C4
  - 5) antiödem. Therapie Dexamethason (z.B. Fortecortin®): initial 1,5mg/kgKG/ED i.v., anschl. 0,25-0,4mg/kgKG/ED i.v. alle 4-6h Furosemid (z.B. Lasix®): 0,5-2mg/kgKG/ED i.v. Acetazolamid (z.B. Diamox®) 10-20mg/kgKG/ED (max. 500mg/ED) i.v.
  - 6) Neuroprotektion: Phenobarbital (z.B. Luminal®): initial 10-20mg/kgKG/ED i.v. für 48h anschl. 3-5mg/kgKG/d i.v. oder p.o. Magnesiumsulfat: initial 25-50mg/kgKG/ED i.v. (z.B. Magnesium®Verla Injektionslg.) anschl. 3-6mg/kgKG/d i.v. oder p.o.

Jeder Therapieplan sollte in Form eines situationsadaptierten Stufenplanes erstellt werden, welcher obligat sowohl nicht-medikamentöse wie medikamentöse Komponenten umfassen muss, wie in *Tabelle 3* am Beispiel

eines strukturierten Stufenplanes zur Migränetherapie dargestellt. Dabei gilt als oberste Maxime, dass jeder Patient mit chronischen Kopfschmerzen ein therapeutisches Basisprogramm zur nicht-medikamentösen Vor-

beugung bzw. Akutbehandlung (s.u.) absolvieren sollte.

Für jede rationale medikamentöse Schmerzbehandlung, insbesondere jedoch für die Migränetherapie, empfiehlt sich der möglichst frühzeitige Einsatz analgetisch wirksamer Monosubstanzen in ausreichend hoher Dosierung (keine schrittweise Dosistritation!) sowie ggf. bei assoziierter Übelkeit/Erbrechen (z.B. im Rahmen einer Migräneattacke) die versuchsweise Kombination mit einem geeigneten Antiemetikum (wie z.B. Domperidon). Insgesamt wird die Effektivität der Antiemetika zur Behandlung vegetativer Begleitsymptome bei Migräne kontrovers beurteilt. Im Einzelfall kann jedoch eine versuchsweise Anwendung dann erfolgen, wenn sich die Einnahme der analgetischen Therapie hierdurch nicht verzögert!

### Migränekopfschmerz

*Tabelle 3* zeigt beispielhaft einen möglichen therapeutischen Eskalationsplan mit verschiedenen Therapieoptionen für verschiedene Varianten akuter Migräneattacken. Für die Akutbehandlung leichter Migräneattacken stehen mit Paracetamol, Ibuprofen, Ketoprofen und Acetylsalicylsäure vier gut wirksame und bei sachgerechter Anwendung nebenwirkungsarme Analgetika zur Verfügung, wobei unter Abwägung möglicher Vor- und Nachteile Ibuprofen als Mittel der ersten Wahl gelten kann.

Adjuvant kann die analgetische Behandlung mit einem geeigneten Antiemetikum (wegen des geringeren Risikos extrapyramidal-motorischer Dyskinesien vorzugsweise mit Domperidon) kombiniert werden, wobei einschränkend betont werden muss, dass für eine suffiziente Behandlung gastrointestinaler Symptome im Rahmen einer Migräneattacke in erster Linie eine gute analgetische und antiptlogistische Behandlung entscheidend ist und Antiemetika – auch im Kindes- und Jugendalter – nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Bei starken oder schwierig zu therapierenden Attacken und in kritischen Situationen einsetzenden Migräneattacken (z. B. einer Attacke während einer längeren Autofahrt, etc.) kann der Einsatz spezieller Migränetherapeutika (sog. Triptane = Serotonin (5HT)-Agonisten) für die Akutbehandlung notwendig werden. Von diesen spezifischen Migränetherapeutika verfügt bislang einzig Sumatriptan (Imigran®) über eine in plazebokontrollierten doppelblind randomisierten und prospektiv durchgeführten klinischen Studien gut belegte Wirksamkeit und Verträglichkeit, als deren Ergebnis das Präparat seit Herbst 2003 in Deutschland für die Behandlung jugendlicher

Migränepatienten zugelassen wurde.

Ist die im häuslichen Bereich durchgeführte medikamentöse Behandlung nicht oder nur unzureichend wirksam gewesen, stehen als Alternativen für die pharmakologische Akutbehandlung in der ärztlichen Praxis oder Klinik parenteral applizierbare Präparate zur Verfügung. Bei erwachsenen Migränepatienten hat sich für diese Form der Rescuetherapie in klinischen Studien neben der i.v.-Gabe von Lysinazetylsalizylat und Metamizol natürlich auch die s.c.-Gabe von Sumatriptan bewährt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen um die Pros und Cons unselektiver Cyclooxygenase-(Cox)-Hemmstoffe vs. Cox-2-selektiver Inhibitoren bleibt dabei jedoch weiterhin unklar, warum mit Lysinazetylsalizylat ein unselektiver Cox-Inhibitor mit analgetischer und antiphlogistischer Wirkung klinisch genau so gut wirksam ist wie Metamizol, ein präferentieller Cox-1-Hemmer ohne jegliche antiphlogistische Wirkung?

Abzuwarten bleibt auch, welche Rolle in Zukunft die neueren selektiven Cox-2-Inhibitoren bei der Akutbehandlung der kindlichen Migräne spielen werden. Zumindest für die Cox-2-Hemmer der 2. Generation – das parenteral (i.v. & i.m.) verfügbare Parecoxib (Dynastat®) und das orale Valdecoxib (Bextra®) liegen mittlerweile für Erwachsene Daten zur Akutwirksamkeit in der Migränetherapie vor, die sich – bei deutlich besserem Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil – weder hinter denen der o.g. klassischen Präparate noch hinter denen der Triptane verstecken müssen. Unklar bleibt jedoch, ob sich diese Ergebnis-

se auch für Kinder und Jugendliche reproduzieren lassen.

Eine Sonderstellung nimmt die Behandlung der gerade für das Kindesalter typischen migräneähnlichen Syndrome (wie z.B. des gutartigen paroxysmalen Schwindels oder der alternierenden kindlichen Hemiplegie) ein. Ohne echte wissenschaftliche Evidenz wird in verschiedenen Kasuistiken und kleineren Fallserien über eine Akutwirksamkeit des Dopaminantagonisten Domperidon (z.B. Motilium®) berichtet, so dass mit diesem ggf. ein Behandlungsversuch durchgeführt werden kann.

### Spannungskopfschmerz

Die medikamentöse Akutbehandlung episodischer oder gar chronischer Kopfschmerzen vom Spannungstyp sollte eine Ausnahme sein. Aufgrund des guten Ansprechens der häufigen und in aller Regel bei jüngeren Patienten nur kurzzeitig manifesten Attacken auf nicht-medikamentöse Verfahren gelten diese als Mittel der Wahl. Selten ist der Einsatz einer analgetischen Pharmakotherapie gerechtfertigt, wobei zur Akutbehandlung die Substanzen empfohlen werden, die auch für die Behandlung akuter Migräneattacken Verwendung finden. Paracetamol (z.B. Benuron®) und Flupirtin (z.B. Katadolon®) haben in einer doppelblind-kontrollierten Studie zur Behandlung episodischer Spannungskopfschmerzen zwar vergleichbare Wirksamkeiten gezeigt, letztlich bleibt jedoch unklar, ob diese Substanzen wirklich signifikant besser als Plazebo wirken.

### Mischformen

Die pharmakologische Behandlung gemischter Kopfschmerzen birgt ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung Analgetika-induzierter sekundärer Kopfschmerzen. Klar sollten die vorliegenden Kopfschmerzentitäten definiert und mit dem Patienten diskutiert werden, bevor die Formulierung eines medikamentösen Behandlungsplanes in Kombination mit geeigneten nicht-medikamentösen Verfahren ansteht.

Grundsätzlich gilt, dass mit zunehmender Zahl der zum Einsatz gebrachten Wirkstoffe sowohl das Interaktionspotential als auch das Nebenwirkungsrisiko ansteigt. Unklar ist hingegen, ob die zugrunde liegenden verschiedenen Kopfschmerzformen durch die Kombination verschiedener Substanzen wirklich besser behandelt werden können als durch eine optimierte Monotherapie in Kombination mit geeigneten nicht-medikamentösen Verfahren. Auch im Kindes- und Jugendalter kann es zu medikamentös induzierten Dauerkopfschmerzen kommen, die durch die missbräuchliche Anwendung von Akutmedikamenten hervorgerufen werden. Der Stellenwert einer kontinuierlichen Betreuung und Verlaufsbeobachtung durch den behandelnden Arzt ist bei therapiebedürftigen gemischten Kopfschmerzformen ungleich höher als bei isolierten. Eine Beschränkung des ärztlichen Behandlungskonzeptes auf den reinen Vorgang der Rezeptübergabe ist unverantwortlich. ■

Michael Überall, Nürnberg

## Psychologische Tipps: Kopfschmerz bei Kindern

**Kopfschmerz bei Kindern erfordert auch eine psychologische Unterstützung für die Eltern und das Kind. Welche Regeln und welche Formen dabei hilfreich sind, darüber informiert Diplompsychologin Hanne Seemann, Vizepräsidentin des DGS, Heidelberg.**

Wenn der Kinderarzt oder Schmerztherapeut den Eltern eines Kopfschmerzkindes rät, psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen, sollte immer betont werden, dass es sich nicht um Psychotherapie im eigentlichen Sinne handeln wird. Das Kind hat keine psychische Störung, sondern benötigt Unterstützung, um sich mit seiner neurologischen Besonderheit, die einerseits ein Handicap, andererseits eine vorteilhafte Ausstattung ist, auszusöhnen und das Beste daraus zu machen. Kinder sind immer un-



Hanne Seemann, Heidelberg.

Foto Privat

glücklich, wenn sie nicht so sind wie die Anderen. Kopfschmerzkinder sind neurophysiologisch gesehen nicht so robust wie ihre kopfschmerzfreien Geschwister oder Freunde. Sie haben ein empfindliches Nervensystem, das sie vor Reizüberflutung schützen sollen: Sie

können lernen zu merken, wann es ihrem Kopf zu viel wird – das ist oft viel früher, als sie selbst genug haben.

### Selbstmanagement schulen

Wenn sie aufmerksam sind, können sie erste Anzeichen für eine beginnende Migräne wahrnehmen und sich sofort zurückziehen und sei es nur für eine kleine Weile, die Augen schließen, regelmäßig atmen, etwas trinken, sich kurz hinlegen – wie es sich gerade einrichten lässt. Sie können lernen, wann und unter welchen Bedingungen es ihnen gut geht und was sie andererseits schlecht vertragen. Die Eltern benötigen Beratung dahingehend, dass sie zu akzeptieren lernen, ihrem Kind, auch wenn es noch klein ist, das Schmerzmanagement selbst zuzutrauen und zu überlassen. Wer außer dem Kind selbst weiß, ob es eine Kopfschmerztablette einnehmen sollte oder ob es sich besser hinlegt?

Schon Sieben- bis Achtjährige können diese Entscheidung treffen, wenn sie vorher vom Arzt sorgfältig aufgeklärt werden. Deshalb ist es in diesem Kontext besonders ungünstig, bei der Konsultation nur mit den Eltern, bzw. mit der Mutter zu sprechen. Bei einem unserer Familiengespräche betonte die kopfschmerzfreie Mutter, sie würde ihrem zehnjährigen Sohn immer erst dann ein Medikament geben, wenn seine Kopfschmerzen sehr stark seien. Auf die Frage, wie sie das denn merke, sagte sie: Wenn er weint. Später im Gespräch fragte sie um Rat, was sie tun sollte, weil ihr Sohn so viel klage und weine, wenn er etwas von ihr haben wolle, dabei sei er doch schon so ein großer Junge. Obwohl selbst sehr gebildet, war ihr der Zusammenhang zu ihrem eigenen Verhalten nicht aufgefallen. Es ist auch wichtig, Müttern oder Vätern, die ebenfalls Kopfschmerzen haben, klar zu machen, dass die Schmerzen ihres Kindes möglicherweise ganz anders sind, und ein anderes Management benötigen. Ein Kind sollte ausprobieren, wann es besser ist zu entspannen und wann, körperlich zu trainieren, ob ihm Sport gut tut, die Aufregung bei Wett-

kämpfen hingegen schadet – wenn es z.B. regelmäßig hinterher Entspannungskopfschmerzen bekommt. Es soll selbst Strategien finden, sich vor dem Geburtstag nicht zu sehr aufzuregen – vielleicht kann es vorher erfahren, welche Geschenke es bekommt. Jugendliche können lernen, vor „spannenden“ Ereignissen, Klassenarbeiten, Prüfungen, Partys und Liebesabenteuern nicht unter Druck zu geraten, indem sie sich einen großen Sack voll Ausreden zulegen, aus dem sie bei Bedarf, und das heißt nicht nur bei Kopfschmerzen, eine elegante Variante herausziehen.

### Hängemattentage ein Muss?

Allen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die es schlecht vertragen, zeitlich „eingespannt“ zu sein, sei empfohlen, sich ein- bis zweimal im Monat einen „Hängemattentag“ zu gönnen: Man hält die Augen offen nach einem wirklich schönen Tag, an dem es sich lohnen würde, mal richtig frei zu haben und tun und lassen zu können, was man möchte. Dann entschuldigt man sich wegen Kopfschmerzen, bzw. die Mutter schreibt eine ent-

sprechende Entschuldigung und dann macht man einfach, was man will. Die Einführung von Hängemattentagen verhindert, dass man sich von den Kopfschmerzen zu Pausen zwingen lassen muss und setzt einen Lernprozess in Gang, der für den Rest des Lebens sekundäre Krankheitsgewinne überflüssig macht.

Abschließend im Überblick einige psychologische Verfahren für die Intervalltherapie der kindlichen Migräne:

**Entspannung und Energetisierung:** z. B. Progressive Muskelrelaxation angereichert mit „spannenden“ Imaginationen, QiGong, Sport ohne Wettkampf.

**Biofeedback:** z. B. Vasokonstriktionstraining, EMG-Biofeedback.

**Selbsthypnosetechniken:** z. B. Schmerzdimmern, Schmerzschalter, sichere Orte, imaginative Reizabschirmung.

**Multimodale gruppentherapeutische Programme:** z. B. Kopfschmerzkinder (Seemann), Stopp dem Kopfschmerz (Denneke und Kröner-Herwig), MIPAS Kinder (Gerber und v. Müller). ■

Hanne Seemann, Heidelberg

## Leserecho: „Medizinisch-ethisches Dilemma ungelöst“

**Zu der Stellungnahme zum Verordnungstatus von Dronabinol (StK 1/2004, S. 7– 9), schreibt Dr. med. Dietrich Jungck, DSG Hamburg:**

Die Stellungnahme vermengt fast durchgehend Arzneimittel (Fertigarzneimittel) und Rezeptursubstanzen, legt dabei in der gesamten Argumentation das Schwergewicht auf Fertigarzneimittel und überträgt die Argumentation auf Rezepturarzneimittel. Das trägt nicht zur Klärung bei, sondern verwirrt zusätzlich.

Die Bezugnahme auf das BSG-Urteil vom 19.03.2002, B 1 KR 37/00 R, geht an der Sache weitgehend vorbei, weil das BSG fast ausschließlich (und in einem konkreten Einzelfall) zu Fertigarzneimitteln Stellung genommen hat. Für Dronabinol ist in Deutschland bisher kein Antrag auf Zulassung als Fertigarzneimittel gestellt worden. In der Urteilsbegründung findet sich nur einmal der Bezug zu Rezepturarzneimitteln, und das BSG führt aus, dass der Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 SGB V (positive Stellungnahme des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) nur gilt, soweit es sich um die Anwendung von Rezepturarzneimitteln oder anderen Arzneimitteln handelt, die im Einzelfall auf besondere Anforderung hergestellt

werden. Das BSG hat nicht erwähnt, dass der Bundesausschuss bisher noch zu keiner einzigen Rezeptursubstanz Stellung genommen hat. Das schließt allgemein bekannte und verordnete Rezeptursubstanzen z. B. aus der Dermatologie (z. B. Vaseline, Sulfur, Erythromycin) ebenso ein wie z. B. Acetylsalicylsäure oder Capsaicin. Dieser Umstand ist leider auch nicht Thema der juristischen Stellungnahme. So konnte auch nicht dargestellt werden, ob eine solche Untätigkeit als „Systemversagen“ gelten könnte.

Der Hinweis auf die Indikationen des in den USA erhältlichen Fertigarzneimittels Marinol® ist nicht hilfreich. Bei uns gilt USA-Recht bekanntermaßen nicht; es kann und darf nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen werden (sonst hätten wir u. a. auch die Todesstrafe noch!).

Der Hinweis auf den Antrag auf Kostenübernahme bzw. Verzicht auf Geltendmachung eines Regresses („sonstiger Schaden“) ist wenig hilfreich. Nach fast allen bisherigen Erfahrungen wird kaum eine Kasse einen solchen



Dietrich Jungck, Hamburg.

Bildarchiv DGS Jungck

Antrag rundweg ablehnen, sondern die Ablehnung so verklausulieren, dass der schwarze Peter beim Arzt bleibt. Eine Zusage „kulanthaber“ ist nirgendwo vorgesehen.

Außerdem: Sollen wir Patientinnen und Patienten, die in ultimativen Situationen Hilfe benötigen, eine wahrscheinlich oder bereits im konkreten Fall gesichert

wirksame Therapie unter Vorlage eines „Persilscheines“ der Krankenkasse vorenthalten? Eine zynisch anmutende Argumentation! Wo bleiben da ärztliche Gesichtspunkte?!

Bisher gibt es wohl keinen Arzt, der Dronabinol als „Standardtherapeutikum“ ansieht. Die Anwendung ist für Patienten in Extremsituationen vorbehalten, bei denen etablierte Therapien entweder versagt haben, nicht verträglich waren oder nicht zur Verfügung stehen.

Im Interesse solcher Patienten benötigen wir juristische Hilfe, die uns die Anwendung möglich macht. Solche Hilfen zur Erfüllung unseres ärztlichen Auftrages vermessen wir – nicht nur bei Dronabinol. Es ist genuine Aufgabe der Juristen, das „medizinisch-ethische Dilemma“, das erkannt wurde, zu lösen. Besser wäre es natürlich, solche juristischen Fallen gar nicht erst zu stellen. ■

Dietrich Jungck, Hamburg

# CRPS – „mixed pain“ at it's worst

Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (früher M. Sudeck, sympathische Reflexdystrophie oder Kausalgie) vereint üblicherweise nozizeptive, sympathische und neuropathische Schmerzkomponenten. Nur eine bereits frühzeitig multimodal angelegte Therapie wird dem Krankheitsbild gerecht und kann zum Therapieerfolg führen, erläutert Dr. med. Uwe Junker, DGS-Leiter Remscheid.

## Das Syndrom in der Medizingeschichte

1872 beschrieb *Mitchell* erstmals ein Syndrom, dessen führende Symptome brennende Schmerzen und autonome Störungen in der betroffenen Extremität waren. Er beobachtete es bei verwundeten Soldaten mit peripheren Nervenläsionen und bezeichnete es wegen der typischen Brennschmerzen als Kausalgie. Der Begriff *Morbus Sudeck* setzte sich durch, nachdem *Paul Sudeck* im Jahr 1900 Patienten betreut hatte, die nach Traumen oder Entzündungen an Extremitäten chronische Brennschmerzen entwickelten. *Sudeck* beobachtete damals schon fleckige Entkalkungen der Knochen, eine sog. „aktive Atrophie“. 1936 führte *Evans* den Begriff sympathische Reflexdystrophie ein. Erst 1996 wurde eine fachübergreifende, rein deskriptive Bezeichnung für dieses Krankheitsbild erarbeitet. Dabei steht CRPS I für die typische Symptomatik ohne nachweisbares Nerven trauma, während beim CRPS II definitionsgemäß ein solches vorliegen muss.

## Leitsymptome, Ätiologie und Anamnese

Schwellung mit glänzender Hautoberfläche und Überwärmung der betroffenen Extremität, Konzentration der Symptomatik auf den distalen Anteil der Extremität und Minderung der groben Kraft sind wichtige Alarmzeichen, die nicht unbeachtet bleiben dürfen (s. *Abb. 1*). Dauerhafte Brennschmerzen, häufig gepaart mit paroxysmalen einschließenden Schmerzattacken, Allodynie und /oder Hyperalgesie charakterisieren die neuropathische Komponente, Ödem mit Entzündungszeichen die nozizeptive des Schmerzsyndroms. Hinzu kommen häufig autonome Störungen wie Hypo- oder Hyperhidrosis oder auch die Zunahme von Haar- und Nagelwachstum im betroffenen Areal.

Die Pathogenese des CRPS ist bis heute noch nicht endgültig geklärt. Auslöser ist wahrscheinlich eine unphysiologische Aktivie-

rung nozizeptiver Afferenzen durch das ursprüngliche Trauma. Im Rahmen einer peripheren Sensibilisierung kommt es zu einer sich steigenden Spontanaktivität dieser Nozizeptoren oder einer verstärkten Antwort ihrerseits auf mechanische, thermische und chemische Reize. Auf Grund der gestörten afferenten Übertragung aus der Peripherie verändert sich in der

Folge auch die Impulsverarbeitung im Rückenmark im Sinne einer zentralen Sensibilisierung. Zusätzlich tritt oft eine pathologische, sympathisch-afferente Kopplung auf, ein Zusammenspiel sympathischer und afferenter, meist nozizeptiver Neurone am Läsionsort. Dabei exprimieren geschädigte Schmerzrezeptoren noradrenerge Rezeptoren. Somit kann aus sympathischen Nervenfasern freigesetztes Noradrenalin eine Daueraktivierung nozizeptiver afferenter Nerven auslösen.

Männer und Frauen sind vom CRPS gleich häufig betroffen, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Anamnestisch finden sich am häufigsten Frakturen der oberen Extremität, aber auch Kompression oder Überdehnung peripherer Nerven, z. B. im Rahmen einer Schulterluxation, können ein komplexes regionales Schmerzsyndrom auslösen.

## Diagnostik

Die Diagnose wird aus der Kombination von typischer Anamnese (z. B. Extremitätentrauma, Nervenläsion) und den drei folgenden klinischen Kriterien gestellt:

- Distale Lokalisation der Beschwerden
- Gleichzeitiges Auftreten von nozizeptiv-neuropathisch-sympathischem Schmerz, neurologischer Symptomatik und Veränderung der Gelenkfunktion
- Rascher zeitlicher Ablauf: Die Kardinalsymptome des CRPS I entstehen innerhalb von Stunden oder Tagen (Spontanschmerzen, Schwellung, Unterschiede der Hauttemperatur). Zunächst ist der Schmerz oberflächlich und gut lokalisierbar, im weiteren Verlauf wird er als diffus und in der Tiefe liegend empfunden.



Uwe Junker, Remscheid.

Foto privat

Die wichtigste technische Untersuchung ist die 3-Phasen-Skelettszintigraphie, deren Befunde in der Spätphase die periartikulären Beschwerden widerspiegeln oder diesen sogar um Wochen vorausgehen können. Typischerweise reichert sich das radioaktiv markierte Nuklid an allen distalen – manchmal auch an den proximalen – Gelenken der betroffenen Extremität bandenförmig an. Mittels neurophysiologischer Verfahren (NLG, EMG) lassen sich zusätzlich Nervenläsionen nachweisen, wenn es sich um ein CRPS II handelt.

Sympathikusblockaden sind wegweisend, um im Einzelfall beurteilen zu können, in welchem Ausmaß der Schmerz beim CRPS sympathisch unterhalten wird:

- SMP = sympathetically maintained pain: Sympathikusblockaden beeinflussen das Krankheitsbild maßgeblich, Schmerzreduktion > 75 % dauerhaft.



Abb. 1: CRPS nach Unterarmfraktur.

Bildarchiv Junker

- SMP-Komponente: Sympathikusblockaden führen zu einer Schmerzreduktion > 75 %, beeinflussen den Krankheitsverlauf aber nicht dauerhaft.
- SIP = sympathetically independent pain, Patienten ohne sympathische Komponente.

## Therapie

Der Therapieerfolg hängt ganz entscheidend davon ab, inwieweit es gelingt, möglichst frühzeitig ein interdisziplinäres Therapiekonzept zu koordinieren. Medikamentöser, invasiver und psychologischer Behandlungspfad müssen parallel gestartet werden (s. *Abb. 2*). Die Schmerzintensität ist dabei die Stellgröße für die Intensivierung oder Beschränkung von Physio- und Ergotherapie (s. *Abb. 3*). Folgende Prinzipien müssen bei der Therapieplanung berücksichtigt werden:

- Die Therapie darf nicht zu einer Schmerzverstärkung führen.

Multimodale Therapie - Schmerzgrenze beachten !			
Psycho- Therapie	Medikament- Therapie	Invasive Therapie	Physio-, Ergotherapie
Biofeedback Entspannung	Cox-2-Hemmer (NSAR), Kortikoid	Sympathikus- blockaden	Lymphdrainage Bäder
Hypnose	Opiode	Gabap	passive / aktive Bewegung
Kognitive Verhaltenstherapie	Antidepressiva	Sympathikus- blockade mit Guanethidin	Dynamische Schienen- behandlung
Schmerztopping	Antikonvulsiva		

Abb. 2: Parallele Therapieansätze.

Therapierelevanter Schweregrad (Kieler Klassifikation)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ P0: kein Schmerz</li> <li>➤ P1: kein Schmerz in Ruhe, aber bei Bewegung, Belastung</li> <li>➤ P2: Schmerz in Ruhe, aber ausr. Linderung bei Hochlagerung</li> <li>➤ P3: Schmerzen in Ruhe, keine Linderung durch o.g. Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KG u. Ergotherapie</li> <li>➤ Physio- u. Ergotherapie bis zur Schmerzgrenze</li> <li>➤ Blockaden bei Bedarf</li> <li>➤ Primär Schmerztherapie optimierte Lagerung, Blockaden bei Bedarf</li> <li>➤ Primär Schmerztherapie, Blockaden bei Bedarf</li> </ul>

Abb. 3: Schmerzintensität dirigiert Therapie.

- Führt eine Therapiemaßnahme zu einer Schmerz- und/der Symptomverschlechterung, muss sie zunächst zurückgestellt werden.
- Zu schnelle Intensivierung der Therapie ist ebenso gefährlich wie verzögerter Einsatz geeigneter Therapieverfahren.

### Pharmakotherapie

Die medikamentöse Therapie muss dem mixed pain concept dieses Krankheitsbildes Rechnung tragen und sowohl auf seine entzündlich-nozizeptive, als auch neuropathische Komponente abzielen. Klassische NSAR oder – da besser verträglich – analgetisch und antiphlogistisch hochpotente Cox-2-Hemmer, wie z. B. Valdecoxib, können eingesetzt werden. Bei nicht ausreichender Schmerzlinderung sollte mit gut steuerbaren Retardopioiden wie Tilidin/Naloxon oder Oxycodon kombiniert werden. Eine orale Kortisonstoßtherapie ist sinnvoll, um der entzündlichen Komponente zu begegnen, besonders dann, wenn sich durch die übrigen Therapiemaßnahmen zwar der Ruhe-, nicht aber der Bewegungsschmerz lindern lässt. Die Wirksamkeit von Antidepressiva und/oder Anti-

konvulsiva bei neuropathischen Schmerzen ist erwiesen. Diese Substanzen sollten frühzeitig dann eingesetzt werden, wenn sich abzeichnet, dass die o. g. medikamentösen Maßnahmen in Kombination mit Sympathikusblockaden (s. u.) nicht den gewünschten Erfolg bringen. Dabei sind Patienten mit multipler Pharmakotherapie, Leberfunktions- und/oder Herzrhythmusstörungen eher geeignet für die Gabe eines modernen Antikonvulsivums wie Gabapentin als für einen vom Carbamazepin-Typ oder ein trizyklisches Antidepressivum wie Amitriptylin.

### Invasive Verfahren

Frühzeitig sollten diagnostische Sympathikusblockaden durchgeführt werden, eine Serie von ca. drei Blockaden reicht bei technisch einwandfreier Durchführung aus, um festzustellen, ob und inwieweit der Schmerz sympathisch beeinflusst ist. Lange Blockadeserien ohne deutliche Besserung der Symptome tragen eher zur Chronifizierung als zum Therapieerfolg bei. Lassen sich mit den ersten Blockaden die Schmerzen und Symptome effektiv lindern, sollten weitere durchgeführt werden, durch die sich dann neben den Schmerzen auch autonome und motorische Funktionen anhaltend positiv beeinflussen lassen.

Einen vergleichbaren Effekt wie die Sympathikusblockaden mit Lokalanästhetikum haben die risikoärmeren ganglionären Opioidapplikationen an den Grenzstrang, bei denen 0,03 mg Buprenorphin wegen seiner guten Gewebegängigkeit verwendet wird. Die Injektion des  $\alpha$ -Rezeptoren-Blockers Guanethidin im Rahmen einer intravenösen Regionalanästhesie ist in jüngster Zeit Gegenstand kontroverser Diskussionen. Laut Auffassung des MDK Niedersachsen sei diese Therapie in nur einer von sieben kontrollierten Untersuchungen Placebo überlegen gewesen. Weitere Einschränkungen sind Gerinnungsstörungen und die begrenzte Einsetzbarkeit nur bei distalen Abschnitten der Extremitäten.

Blockaden sensibler Nerven, wie z. B. des Plexus brachialis, auch mittels Katheter, sind nicht sinnvoll, da sie die Warnfunktion des Schmerzes ausschalten, der aber im Rahmen eines abgestuften Therapiekonzepts große Bedeutung zukommt.

Permanente Sympathektomie als destruktives Verfahren oder die Rückenmarksstimulation als invasive, nicht destruktive Methode sind Reserveverfahren für diejenigen Patienten, bei denen die genannten Maßnahmen nicht zu einem anhaltenden Therapieerfolg führen.

### Physikalische und Ergotherapie

Lymphdrainage zur Reduktion des Ödems und absteigende Teilbäder der gesunden Extremität sind sinnvolle Maßnahmen, aber keine physikalischen Maßnahmen über die Schmerzgrenze hinaus!

Dieser Grundsatz gilt auch für die Ergotherapie, die im ganz akuten Zustand kontraindiziert ist. Eingesetzt werden beispielsweise reziproke Übungen in Form von Beugen oder Strecken zur schrittweisen Lösung von Gelenksteifen oder Übungen gegen den geringen Widerstand eines Schaumgummiballs in lauwarmem Wasser.

### Psychotherapie

Hier sind vor allem verhaltenstherapeutische Ansätze indiziert. Diese zielen einerseits darauf ab, die oft depressiv-ängstlich gefärbte Reaktion auf den Verlust der körperlichen Integrität zu kompensieren. Andererseits gibt es jedoch auch Patienten, die ihre CRPS-Erkrankung bagatellisieren und zu früh und zu intensiv mobilisieren. In beiden Fällen müssen regulierende Verhaltensstrategien vermittelt werden, die Vermeidungsverhalten oder übertriebener Aktivität entgegenwirken. Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelentspannung nach Jacobson oder Biofeedback können ebenfalls zum Behandlungserfolg wesentlich beitragen.

### Fazit: Mixed pain braucht mixed therapy!

Nur durch eine bereits frühzeitig multimodale, den Patienten oft lange begleitende Therapie, die dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung individuell angepasst werden muss, lässt sich beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom ein funktionell befriedigendes Behandlungsergebnis erzielen. ■

Uwe Junker, Remscheid  
junker@stk-ev.de  
Literatur beim Verfasser



# Schmerzmanagement: Eine interprofessionelle Aufgabe!

Schmerztherapie erfordert eine umfassendere interprofessionelle Herangehensweise. Über den Stand des Expertenstandards zur Schmerztherapie in der Pflege informiert Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Leiter des Schulzentrums für Krankenpflegeberufe, Nürnberg, Associate Professor FIU, Miami, USA und am Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten-Herdecke.

Schmerz wurde von der WHO als eine Gesundheitspriorität der Neunziger Jahre deklariert, nach ihren Schätzungen leiden ca. 3,5 Millionen Menschen an Krebschmerzen. Schmerz ist das herausragendste Symptom, das Krebspatienten während ihrer Erkrankung angeben (Grond, 2002, S.3).

Unabhängig von der Schmerzform erfährt fast jeder zweite Patient im Krankenhaus Schmerzen, und mindestens jeder dritte Schmerzpatient beschreibt starke bis stärkste Schmerzen (Deprez et al., 1999; Ripamonti et al., 2000; Strohbücker et al., 2001). In Altenheimen ist Schmerz mit bis zu 83% (Fox et al., 1999) Vorkommen als einer der hauptsächlichen Einschränkungsfaktoren bei den Aktivitäten des täglichen Lebens verantwortlich. Ebenso wird Bettlägerigkeit und damit Pflegeabhängigkeit durch unzureichend behandelten Schmerz begünstigt (Ferrell, 2000). Ungenügend behandelter Schmerz ist unter diesem Blickpunkt kostenintensiv. Acht Millionen Schmerzpatienten (Jungck, 1999), die aufgrund ihres bestehenden Zustandes therapiebedürftig sind, verursachen 25 bis 28 Milliarden Euro an direkten und indirekten Kosten. In Deutschland (Grond, 2002, S. 8f) leiden Menschen mit chronischen Schmerzen im Durchschnitt mehrere Jahre bevor sie – wenn überhaupt – eine adäquate Therapie erhalten. Die teuerste Zeit ist hingegen die Phase, in der der Patient von Arzt zu Arzt überwiesen wird, ohne dass eine qualifizierte Therapie begonnen wird.

Schmerzen und das Schmerzerleben als solches hat nicht nur ausschließlich eine physische Dimension, sondern wird von Betroffenen auch emotional und seelisch erfahren. Forschungsbezogene Ergebnisse aus der aktuellen pflege- und bezugswissenschaftlichen Literatur stellen dar, dass unterschiedlichste physische und psychische Faktoren Schmerzwahrnehmung wie auch -toleranz und auf

diese Weise indirekt die Therapie beeinflussen.

## Problemfeld Schmerz

Hauptproblem der Praxis an den Orten wo Pflege geleistet wird ist, dass einerseits die Relevanz des Schmerzes und damit die pflegerische Bedeutung zugenommen hat, andererseits die Identifikation und Behandlung von Schmerzpatienten durch das interprofessionelle Team ein Problemfeld in der Versorgung im Krankenhaus, in der ambulanten Pflege wie auch im Altenheim ist. Demzufolge wird die medikamentöse Versorgung nicht nach den Grundsätzen der Prophylaxe verstanden. Pflegenden führen darüber hinaus noch zu selten ein adäquates komplementäres Therapieangebot aus. Somit werden pflegerische neben medizinischen Therapieoptionen zur Schmerzprophylaxe und -therapie bisher zu ungezielt angewandt.

## Dritter bundesweiter Standard

Dieser Begründungszusammenhang verdeutlicht, dass therapeutische Ansätze im Rahmen der Schmerztherapie eine umfassendere interprofessionelle Herangehensweise erfordern. Das Bundesministerium für Gesundheit hat aus diesem Grund die Erarbeitung des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ als dritten bundesweit gültigen Expertenstandard nach Dekubitus- und Entlassungsmanagement in Auftrag gegeben ([www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)). Eine nationale Expertengruppe, bestehend aus Kolleginnen und Kollegen der pflegerischen Praxis, Management, Ausbildung und Wissenschaft, legte pflege- und bezugswissenschaftliche Literatur zugrunde, um den Standard zu entwickeln und per Konsensuskonferenz am 15.10.2003 einer breiten Fachöffentlichkeit vorzustellen und zu verabschieden. Die Ergebnisse der Konferenz wurden bei der abschließenden Überarbeitung des Standards berücksichtigt. Seit dem 1.01.2004 gilt der Standard als state of the art des pflegerischen Schmerzmanagements.

Aus einer Vielzahl von sich bewerbenden Krankenhäusern, ambulanten pflegerischen

Institutionen, Rehabilitationskliniken wie auch Altenheimen konnten insgesamt 20 unterschiedliche Einrichtungen des Gesundheitswesens gewonnen werden, um die Evaluation des Standards durchzuführen.

## Bessere Schmerzwahrnehmung

Der vorliegende Expertenstandard beschreibt den pflegerischen Beitrag zum Schmerzmanagement und hat zum Ziel, die Pflegefachkräfte für die Schmerzen ihrer Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren und so die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und deren Lin-

derung deutlich zu verkürzen. Er berücksichtigt alle Patienten mit akuten oder chronisch-tumorbedingten Schmerzen, schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung. Patienten/Betroffene mit chronisch nicht-tumorbedingtem Schmerz werden in diesem Standard explizit nicht als Zielgruppe angesprochen, da aufgrund der Unterschiede im Schmerzmanagement die Standardaussagen zu allgemein würden und keine konkrete Orientierung für die pflegerische Praxis bieten könnten.

Die Expertenarbeitsgruppe war sich darüber im Klaren, dass Patienten/Betroffene die sich nicht, noch nicht oder nicht mehr adäquat äußern können, z.B. Säuglinge, beatmete Patienten, Patienten im Wachkoma, demente Patienten, über die Reichweite des Standards hinaus besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Aus diesem Grund findet sich in der Literaturanalyse ein Kapitel zur Schmerzeinschätzung bei Kindern, älteren Menschen und Menschen mit kognitiven und schweren kognitiven Einschränkungen, in dem Besonderheiten der Schmerzeinschätzung bei diesen Patientengruppen beschrieben werden.

## Schlüsselposition für Pflegefachkräfte

Den Pflegefachkräften kommt im interdisziplinären Team auf Grund ihres häufigen und engen Kontaktes zu den Patienten und Bewohnern eine Schlüsselrolle im Rahmen des Schmerzmanagements zu. Grundvoraussetzung für ein gelungenes pflegerisches Schmerzmanagement ist eine personelle Kontinuität in der pflegerischen Betreuung sowie eine umfängliche Kooperation mit den behandelnden Ärzten. Zentrales Anliegen des



Jürgen Osterbrink,  
Nürnberg.

Foto privat



Foto Osterbrink

Expertenstandards ist, Patienten/Betroffenen mit Schmerzen oder zu erwartenden Schmerzen unnötiges Leid zu ersparen sowie einer Chronifizierung vorzubeugen. Aufgabe der Pflege im Rahmen des Schmerzmanagements ist es, Frühzeichen des erfahrenen Schmerzes zu erkennen und adäquate Therapien zu koordinieren oder durchzuführen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist eine aktuelle wie auch systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle mit Hilfe von Einschätzungsinstrumenten oder bei chronisch-tumorbedingten Schmerzen mittels komplexer Dokumentationsverfahren wie zum Beispiel Schmerztagebüchern. Zur Stärkung der Selbstkompetenzen der Patienten/Betroffenen und ihrer Angehörigen gehört das Angebot von Schulungen und Beratungen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt.

Dem Expertenstandard liegt eine umfassende Recherche der nationalen und interna-

tionalen Literatur zugrunde, die aufgrund der Weiterentwicklung in den letzten zwei Dekaden auf dem Gebiet der Schmerztherapie evidenzbasiert ist. Neben der umfangreichen Literaturanalyse wurden die klinischen und außerklinischen Erfahrungen der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe genutzt, um den aktuellen Stand der Therapie wie auch eine Vielzahl verschiedener moderner Versorgungsmuster und damit verbundene Bedingungen zu erfassen.

Die Einführung und Umsetzung des Expertenstandards muss als gemeinsame Aufgabe der Betriebsleitung, des Pflegemanagements und der beteiligten Pflegefachkräfte sowie weiterer beteiligter Berufsgruppen in den Versorgungsbereichen der Kliniken, der ambulanten Pflegedienste, der Altenheime wie auch der Hospize erkannt und umgesetzt werden.

### Ausblick

Durch eine angemessene, den Erkenntnissen der modernen Algesiologie entsprechende Schmerztherapie, die medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien und somit auch Professionen verknüpft, könnten vielen Patienten Schmerzen, vor allem starke Schmerzen erspart bleiben. Die positiven Folgen wären betrieblich gesehen eine vernehmliche Verweildauerverkürzung im Krankenhaus (Osterbrink, 2000) wie auch eine Reduktion von kurzfristigen Wiedereinweisungen (Brüggemann et al., 2002), epidemiologisch gesehen eine Reduktion der Krankheitsraten (Winefield, 1990), wie auch nicht zuletzt die Zunahme an Lebensqualität bei Betroffenen und deren Angehörigen (Tolksdorf et al., 1982, Vincent, 1993).

Angesichts der aktuellen Lage des Gesundheitswesens wie auch vor dem Hintergrund von 14 Millionen behandlungsbedürft-

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><b>Standardaussage:</b> Jeder Patient/Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.</p> <p><b>Begründung:</b> Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann für Patienten/Betroffene gravierende Folgen haben, z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen, Verzögerungen des Genesungsverlaufs oder Chronifizierung der Schmerzen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung sowie Schulung und Beratung von Patienten/Betroffenen und ihren Angehörigen tragen Pflegefachkräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern.</p>		
<p><b>Die Pflegefachkraft</b></p> <p><b>S1a</b> – verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.</p> <p><b>S1b</b> – Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente zur Verfügung.</p>	<p><b>Die Pflegefachkraft</b></p> <p><b>P1</b> – erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags, ob der Patient/Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.</p> <p>... – führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch.</p> <p>... – wiederholt die Einschätzung der Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/ Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.</p>	<p><b>E1</b> – Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.</p>
<p><b>S2a</b> – verfügt über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p> <p><b>S2b</b> – Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p>	<p><b>P2</b> – setzt spätestens bei einer Schmerzintensität von mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die geltende Verfahrensregelung um oder holt eine ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung ein und setzt diese nach Plan um.</p> <p>... – überprüft bei Neueinstellung bzw. Anpassung der Medikation den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen.</p> <p>... – sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.</p>	<p><b>E2</b> – Der Patient/Betroffene ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS).</p>
<p><b>S3</b> – kennt schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.</p>	<p><b>P3</b> – führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zur Prophylaxe und Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen durch.</p>	<p><b>E3</b> – Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.</p>
<p><b>S4</b> – kennt nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung sowie deren mögliche Kontraindikationen.</p>	<p><b>P4</b> – bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.</p>	<p><b>E4</b> – Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und/oder die Eigenaktivität des Patienten/Betroffenen ausgewirkt.</p>
<p><b>S5a</b> – verfügt über die notwendigen Beratungs- und Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme.</p> <p><b>S5b</b> – Die Einrichtung stellt die erforderlichen Beratungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung.</p>	<p><b>P5</b> – gewährleistet eine gezielte Schulung und Beratung für den Patienten/Betroffenen und seinen Angehörigen</p>	<p><b>E5</b> – Dem Patienten/Betroffenen sind gezielte Schulung und Beratung angeboten worden, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen.</p>

tigen Personen in Deutschland sollte dieser Standard breite Umsetzung finden, um Lebensqualität der Betroffenen und unter Umständen seiner Angehörigen zu steigern und Kosten zu senken.

Dies führt zu einer fachkundigen prozessorientierten Pflege, die in einer zielführenden Schmerzbewältigungsstrategie für betroffene Patienten mündet und zu Recht von Betroffenen erwartet werden kann. Daher ist es ratsam, in Praxisnetzen, Altenheimen, Hospizen wie auch Krankenhäusern Pflegenden als „pain nurses“ (Fachpfleger für Schmerz) aus- und weiterzubilden, um eine Schnittstelle einzurichten, die sowohl direkte als auch indirekte Kosten reduziert. Denn die Schmerztherapie ist das einzige Gebiet im Rahmen der Gesundheitsversorgung, in dem ohne Zwangsmaßnahmen umfangreiche Einsparungen möglich sind (Zenz, 2003). ■

Jürgen Osterbrink, Nürnberg  
osterbrink@klinikum-nuernberg.de

#### Literatur:

- Brüggemann, R., Osterbrink, J., Benkenstein, J. 2002. Pflegeüberleitung: Die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. *Pflege* 15:79-85.
- Deprez, S., Evers, G., und Vandermeulen, E. 1999. Prevalentie van pijn bij gehospitaliseerde patienten. Unveröffentlichte Masterarbeit, School of Public Health, Katholieke Universiteit, Leuven, Belgien.
- Ferrell, B. A., Stein, W. M., und Beck, J. C. 2000. The geriatric pain measure: validity, reliability and factor analysis. *J Am Geriatr Soc* 48 (12):1669-1673.
- Fox, P., Raina, P., und Jadad, A. 1999. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *CMAJ* 160 (3):329-33.
- Grond S., in: Zenz, M., Donner, B. 2002. Schmerz bei Tumorerkrankungen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- Jungck, D. 1999. Kongressbericht: Deutscher Schmerztag.
- Osterbrink, J., und Evers, G. 2000. Der Einfluss pflegerischer Maßnahmen auf Inzisionsschmerz und Opioidverbrauch in der postoperativen Phase. *Pflege* 13 (5):306-314.
- Ripamonti, C. et al. 2000. Pain experienced by patients hospitalized at the National Cancer Institute of Milan: Research project "towards a pain-free hospital". *Tumori* 86:412-418.7-82.

Strohbücker, B., Mayer, H., und Evers, G. 2001. Schmerzprävalenz an den Unikliniken Köln: Vorkommen und Intensität von Schmerzen bei stationären Patienten. Unveröffentlichte Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät Medizin, Universität Witten/Herdecke.

Tolksdorf, W., Andrianopolos, I., Schmollinger, U. 1982. Zum präoperativen psychischen Befinden und Verhalten stressrelevanter Parameter bei chirurgischen Patienten unter klinischen Bedingungen. *Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin*. 17: 21-28.

Vincent, C.A., Pincus T., Scurr, J.H. 1993. Patients' experience of surgical accidents. *Quality in Health Care*; 2: 7.

Winefield, H.R., Katsikitis, M., Hart, L.M. 1990. Postoperative pain experiences: relevant patient and staff attitudes. *Journal of Psychosomatic Research* 34: 543-552.

Zenz, M. 2003. Presseinformation 1/2003 der DGSS

Bestellungen zum Nationalen Expertenstandard: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de); Ansprechpartner Herr Dipl.-Pflegerwirt Jörg Schemann, Tel.: 0541-969-200.

## Der Off-label-Use von Triptanen bei Kindern und älteren Patienten

Eine Analyse der Off-label-Problematik beim Einsatz von Triptanen bei Kindern und älteren Patienten zeigt, dass eine Änderung des Ordnungsverhaltens weder in haftungsrechtlicher noch sozialrechtlicher Hinsicht geboten ist. Die Angst, durch den Einsatz von Triptanen bei Kindern in Regress zu kommen scheint unbegründet, informiert die Rechtsanwältin Heike Müller, Sindelfingen.

Seit Entwicklung der Substanzgruppe der Triptane existieren im Bereich der Migräne hoch wirksame neue Therapieoptionen. Häufig wird bei der Therapie mit Triptanen jedoch übersehen, dass diese für die Therapie bei Kindern und Jugendlichen gar nicht, abhängig vom Alter eingeschränkt, oder bei älteren Patienten über 65 Jahren nicht zugelassen sind. Werden Triptane bei Patienten eingesetzt, für deren Therapie sie nicht zugelassen sind, handelt es sich um einen sog. „Off-label-Use“, einen Arzneimitteleinsatz jenseits des zugelassenen Anwendungsgebietes. Haftungsrechtlich treten bei einem solchen Off-label-Use eher selten Probleme auf. Schwierigkeiten bereitet dieser indes in den letzten zwei bis drei Jahren bei der Frage der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

#### Haftungsrechtliche Situation

Haftungsrechtlich ist der Off-label-Use zumindest dann, wenn der Arzneimitteleinsatz zum

Standard in der Praxis gehört, in der Regel nicht bedenklich. Bislang ist mit Ausnahme des viel umstrittenen „Aciclovir-Urteils“ des OLG Köln aus dem Jahre 1990, in dem es um die haftungsrechtliche Verpflichtung zum Off-label-Einsatz ging, kein Fall aus der Rechtsprechung bekannt, bei dem sich haftungsrechtliche Probleme ergeben hätten. Die Tatsache, dass ein Arzneimittel für ein bestimmtes Anwendungsgebiet nicht zugelassen ist, besagt haftungsrechtlich grundsätzlich nichts. Der Arzt ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit nicht an den Umfang der Zulassung des jeweiligen Arzneimittels gebunden. Selbstverständlich müssen jedoch auch beim Off-label-

Einsatz etwaige Kontraindikationen – bei Triptanen insbesondere kardiologische Risikofaktoren, vor allem bei Patienten über 65 Jahre – beachtet werden.

#### Sozialrechtliche Situation

Etwas problematischer ist die sozialrechtliche Situation des Off-label-Use. Hier sind einige Krankenkassen in den letzten zwei bis drei Jahren dazu übergegangen, bei der Verordnung eines Arzneimittels in einem die Zulassung überschreitenden Bereich Regressanträge zu Lasten des verordnenden Arztes zu



stellen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.03.2002, Az. B 1 KR 37/00 R sind die Krankenkassen hierzu durchaus berechtigt, ein Regress ist nicht auszuschließen. Nach Auffassung des BSG kann ein zugelassenes Arzneimittel grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenversicherung in einem Anwendungsgebiet verordnet werden, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt (sog. Vorgefährlichkeit der Arzneimittelzulassung).



Heike Müller, Sindelfingen.

Foto privat

Von diesem Grundsatz hat das BSG jedoch dann eine Ausnahme zugelassen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Der Off-label-Use erfolgt zur Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung.
- Es ist keine andere Therapie verfügbar.
- Aufgrund der Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann, wobei letzteres vorliegt, wenn
  1. die Erweiterung der Zulassung bereits beantragt ist und die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III veröffentlicht sind und eine klinisch relevante Wirksamkeit respektive einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen.
  2. außerhalb eines Zulassungsverfahrens ge-

wonnene Erkenntnisse veröffentlicht sind, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zulassen und aufgrund derer in den einschlägigen Fachkreisen Konsens über einen voraussichtlichen Nutzen in dem vorgenannten Sinne besteht.

Diese Voraussetzungen dürften beim Off-label-Einsatz von Triptanen bei Kindern und älteren Patienten über 65 Jahren gegeben sein. Dass es sich bei der Migräne um eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne des BSG handelt, bedarf keiner weiteren Erörterung. Auch wird in der Regel keine wirksamere (zugelassene) Therapie verfügbar sein. Zwar liegen nach derzeitigem Kenntnisstand zumindest bei Kindern unter 12 Jahren und älteren Patienten über 65 Jahren keine Erkenntnisse einer klinischen Studie Phase III vor. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass klinische Studien bei Kindern häufig nicht nur an einem fehlenden wirtschaftlichen Interesse der Pharmahersteller, sondern bereits an arzneimittelrechtlichen Hürden scheitern, sodass eine entsprechende Datenlage nicht erreicht werden kann. Nicht umsonst werden Kinder und

Jugendliche in der pädiatrischen Praxis in 40 bis 90% der Fälle off label therapiert. Auch bei dem Patientengut der über 65-jährigen besteht die Problematik der Einbeziehung von Patienten in einer für eine klinische Studie Phase III ausreichenden Anzahl. Maßgeblich für die Off-label-Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist vor dem Hintergrund dieser Schwierigkeiten die Verbreitung des Triptaneinsatzes in der Praxis sowie der Fachkonsens. Beides ist nach unserem Kenntnisstand gegeben.

### Zusammenfassung

Unabhängig von der formaljuristischen Frage des Off-label-Einsatzes zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist derzeit nicht denkbar, dass man von Seiten der Krankenkassen an der Problematik des Off-label-Einsatzes bei Kindern weiter rührt. Die Erleichterung der Durchführung klinischer Studien bei Kindern wird sowohl auf nationaler wie auf europäischer Ebene fortlaufend diskutiert. Ohne Zweifel werden sich die Krankenkassen scheuen, dieses ethische Dilemma durch Off-label-Regresse weiter zu schüren. Bei älteren Patienten erscheint ein Regress allerdings nicht ausgeschlossen. Auch hier ist die Gefahr von Regressen bislang nicht bekannt und meines Erachtens eher zu vernachlässigen.

Heike Müller, Sindelfingen

### Innovationspreis für Mundipharma-Gründer Mortimer und Raymond Sackler

Für die Entwicklung des ersten Retard-Opioids erhielten die Brüder **Sackler** auf dem diesjährigen Deutschen Schermerztage in Frankfurt den Innovationspreis 2004 der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie. Dies war ein Quantensprung in der Schmerztherapie und hat die Behandlungsmöglichkeiten nachhaltig revolutioniert, so **Gerhard Müller-Schwefe** bei der Preisverleihung an **Gunther Niederheide**, den Geschäftsführer der Mundipharma GmbH, der den Preis stellvertretend für **D. Mortimer** und **Raymond Sackler** entgegennahm.

Die modernen Retard-Opioiden haben eine lang wirksame Schmerztherapie möglich gemacht, und zu den bahnbrechenden Innovationen zählt unter anderem auch die Entwicklung des retardierten Oxycodons, das heute in einer AcroContin-Galenik verfügbar ist und bei Gelenkschmerzen eine unkomplizierte Therapie mit einer Tabletteneinnahme alle zwölf Stunden ermöglicht. Bis vor 20 Jahren waren Opioiden, so erinnerte der Göppinger Schmerzexperte in seiner Laudatio, nicht für die Alltagstherapie tauglich. Mit der Retardgalenik hat sich dies entscheidend gewandelt. Morphin vor 20 Jahren in einer neuen Galenik verfügbar zu machen, zeugt von unternehmerischem Mut, denn vor 20 Jahren, als gerade das Schmerztherapeutische Kolloquium als kleiner Expertenzirkel gegründet wurde, waren Morphin und Schmerztherapie kein Thema.



Mortimer (links) und Raymond Sackler, die Entwickler des ersten Retard-Opioids.

Bildarchiv: Mundipharma

# Wenn Opioidpatienten auf Reisen gehen

Patienten, die unter chronischen Schmerzzuständen leiden, sind auf eine effektive und kontinuierliche Schmerztherapie angewiesen. Dieser Grundsatz gilt selbstverständlich auch auf Reisen im Ausland. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, können alle Patienten mit Schmerzsyndromen verreisen, zumal sich der Klimawechsel positiv auf Körper und Psyche auswirkt und so zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Welche allgemeinen Hinweise und Bestimmungen für Patienten gelten, die auf betäubungsmittelhaltige Arzneimittel im Ausland angewiesen sind, stellt Dr. med. Oliver Heine, Limburg/Lahn, vor.



Oliver Heine,  
Limburg/Lahn.

Foto privat

Datei auf der Internetseite des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte unter [www.bfarm.de/de/btm/form/index.php](http://www.bfarm.de/de/btm/form/index.php) im Menübereich „Formulare“ heruntergeladen werden.

Bei Aufenthalten länger als 30 Tage wird empfohlen, entsprechend des Kapitels „Reisen in andere Länder“ zu verfahren.

## Reisen in die Schweiz

Bei Reisen in die Schweiz regelt der Artikel 40 der Verordnung vom 29. Mai 1996 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetmV, SR 812.121.1) die Vorgehensweise: „Kranke Reisende dürfen die für eine Höchstdauer von einem Monat zu ihrer Behandlung benötigten Betäubungsmittel ohne Einfuhrbewilligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in die Schweiz einführen“. Bei Aufenthalten, die länger als ein Monat dauern, muss ein örtlicher Arzt des Ferienortes ein Rezept ausstellen.

## Reisen in andere Länder

Bei Reisen außerhalb Deutschlands, der Staaten des Schengener Abkommens und der Schweiz sollte ein Schmerzpatient ein amtlich beglaubigtes ärztliches Zeugnis, nach Möglichkeit in der Landessprache des Reiselandes oder zumindest in englischer Sprache, mit sich führen. Diese Bescheinigung sollte Daten zur Reisedauer und zu Einzel- und Tagesgesamtdosis der verordneten Opiode enthalten. Darüber hinaus ist es für den Patienten ratsam, vor Antritt der Reise bei der zuständigen Botschaft in Deutschland die genauen Richtlinien zur Mitnahme von Betäubungsmitteln zu erfragen, zumal eine Reihe von Reiseländern vor der Einreise eine schriftliche Bewilligung ihrer eigenen Behörden verlangen.

## Fazit

Trotz so mancher bürokratischer Hürde sollten Sie als Arzt Ihre Patienten ermutigen, eine Reise zu unternehmen. Im Geltungsbereich des Schengener Abkommens und der Schweiz sind die dafür notwendigen Reglementarien einheitlich geregelt. Musterbescheinigungen – auch mit englisch- und französischsprachigem Beiblatt – sind im Internet verfügbar.

Für alle anderen Länder gelten entsprechend des Mottos „Andere Länder, andere Sitten“ unterschiedliche Regelungen, die vor Reiseantritt bei den entsprechenden Botschaften in Erfahrung gebracht werden müssen. Auf jeden Fall wird von ausländischen Behörden ein ärztliches Zeugnis verlangt. ■

Oliver Heine, Limburg/Lahn  
[oliver.heine@mundipharma.de](mailto:oliver.heine@mundipharma.de)

## Allgemeine Hinweise

Stark wirksame Opiode unterliegen in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 b BtMG in Verbindung mit § 15 Abs. 1 BtMAHV (Betäubungsmittelaußenhandelsverordnung) darf ein Patient die in der Apotheke erworbenen Betäubungsmittel aufgrund einer ärztlichen Verschreibung für die Dauer seiner Reise in angemessener und ausreichender Menge als Reisebedarf ein- und ausführen.

Um behördliche Unannehmlichkeiten auf Reisen im Ausland zu vermeiden, sollten Arzt und Patient gemeinsam klären, ob für die benötigten Betäubungsmittel im jeweiligen Urlaubsland Einfuhrbeschränkungen bestehen.

## Reisen innerhalb Deutschlands oder den Staaten des Schengener Abkommens

Für Schmerzpatienten, die innerhalb der Bundesrepublik oder in einen Mitgliedsstaat des Schengener Abkommens (zur Zeit Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechen-

land, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien) reisen, gilt: Bei einem Urlaubsaufenthalt von bis zu 30 Tagen können sämtliche Arzneimittel und auch Opiode, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, mitgenommen werden. Allerdings muss die medizinische Notwendigkeit der Opiodeinnahme vor Reiseantritt auf der Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen der ärztlichen Behandlung (Artikel 75 des Schengener Abkommens) dokumentiert werden. Auf dieser Bescheinigung sind die Adresse des behandelnden Arztes, wichtige Daten des Patienten, Handelsbezeichnung, Darreichungsform, Wirkstoffangabe, Wirkstoffkonzentration und -menge der Opiode, sowie Reichdauer der Verschreibung einzutragen. Nach Unterschrift des Arztes muss das Formular vom örtlichen Gesundheitsamt oder einer Landesgesundheitsbehörde beglaubigt werden.

Das Dokument kann bei der Bundesopiumstelle (Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn) angefordert oder direkt als pdf-



## Kopfweg durch Tabletten?

Nicht nur Mischanalgetika mit Koffein, sondern auch eine Reihe von anderen Medikamenten wie Theophyllin oder Kalziumantagonisten können Kopfschmerzen auslösen oder verstärken. Eine gründliche Medikamentenanamnese sollte daher bei allen chronischen Kopfschmerzen am Beginn der Therapie stehen, fordert Dr. med. Thomas Nolte, Vizepräsident der DGS, Wiesbaden.

**Dr. M. H., Braunschweig:** Ein von mir seit Jahren behandelter 48-jähriger Patient hat in den letzten Monaten gehäuft Kopfschmerzen ohne Übelkeit und Erbrechen. Die Beschwerden sind fast täglich vorhanden, und er hat auch durch die Einnahme von Ibuprofen und ASS kaum Erleichterung. Er kommt mittlerweile um eine fast tägliche Einnahme dieser Medikamente nicht umhin. Außerdem ist erwähnenswert, dass er seit Jahren unter Asthma leidet, das mit Theophyllin oral und inhalativen Kortikoiden, allerdings mit Dosissteigerung in der letzten Zeit, gut beherrscht ist.

**Dr. med. Thomas Nolte, DGS-Vizepräsident Wiesbaden:**

Wie aus Ihrer Schilderung zu entnehmen ist, hat Ihr Patient bereits eine langjährige stabile Asthmamedikation, die bereits vor den Kopfschmerzen eingenommen wurde. Deshalb kann diese nicht alleine als Nebenwirkung für die geschilderten Kopfschmerzen verantwortlich sein. Trotzdem ist zu berücksichtigen, dass Medikamente wie Theophyllin, Kalziumantagonisten, Stickoxyd-Donatoren und auch Phosphodiesterasehemmer Kopfschmerzen auslösen können. Dies kann die alleinige Nebenwirkung der Medikamenteneinnahme sein, andererseits aber auch eine bereits bestehende Disposition zu Spannungskopfschmerzen oder Migräne dekuivieren. In diesem Falle würden die genannten Medikamente als Trigger wirken. In jedem Fall ist die Indikation der genannten Medikamente kritisch zu überprüfen, da bereits eine Änderung der Dauermedikation zu einer Verbesserung der Kopfschmerz-situation führen kann.

In Ihrem geschilderten Fall kommt erschwerend hinzu, dass sich die Akutmedikation (ASS und Ibuprofen) in zweifacher Hinsicht für Ihren Patienten nachteilig auswirkt: Zum einen können beide NSAR Asthma auslösen oder ein bestehendes Asthma verstärken, sodass hier durch die in der letzten Zeit

notwendige Dosisanpassung der Asthmabasistherapie ein Circulus vitiosus der Kopfschmerzverstärkung angestoßen wurde. Zum anderen führt die sehr häufige Einnahme dieser Kopfschmerzmedikamente zu einem Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch, wie er nach der neuen Nomenklatur der International Headache Society, früher „medikamenten-induzierter Kopfschmerz“ bezeichnet wird. Hier ist in jedem Fall eine koordinierte ambulante oder tagesklinische Entzugsbehandlung notwendig, die eine Exazerbation der Kopfschmerzen bei Absetzen der Akutmedikation verhindern hilft. Eine medikamentöse Prophylaxe mit einem niedrig dosierten, trizyklischen Antidepressivum wie auch der alternative Einsatz von Flupirtin zur Akutschmerzbehandlung können das Problem des Übergebrauchs von Analgetika mit vermeiden helfen.

Beispielhaft wird deutlich, wie komplex Vorerkrankungen und die zu ihrer Behandlung notwendigen Medikamente Ursache oder Trigger von Kopfschmerzen sein können. Wenn dazu noch durch den Einsatz der Akutmedikamente eine Verschlechterung des Asthmas wie auch der Kopfschmerzen eintreten können, ist eine in-



Bildarchiv Glaxo



Thomas Nolte,  
Wiesbaden.

Foto privat

terdisziplinäre, fachübergreifende Zusammenarbeit, wie auch eine multimodale Schmerztherapie, unverzichtbar. Den besonderen Stellenwert einer ausführlichen Anamneseerhebung in der Therapieplanung, hier besonders der eingenommenen Medikamente, möchte ich zusammenfassend noch einmal hervorheben. ■

Thomas Nolte, Wiesbaden  
nolte@stk-ev.de

Fragen, Kritik, Anregungen,  
schreiben Sie der Redaktion!

Stephanie Kraus

Nikolaus-Lenau-Str. 3

D-83071 Stephanskirchen

Fax: 0 80 36 / 39 49 · Tel.: 0 80 36 / 10 31



# Gepulste Radiofrequenztherapie mit einer Multifunktionselektrode

Die Multifunktionselektrode (Pasha Cath<sup>®</sup>) ist ein neues Werkzeug in der interventionellen Schmerztherapie, das epidural appliziert sowohl eine rückenmarksnahen Diagnostik als auch therapeutische Interventionen mittels gepulstem Radiofrequenzstrom und Pharmaka-Applikation erlaubt. Über die ersten Erfahrungen beim ersten PRF-Workshop am 06.12.2003 berichtet Magdalene Brons, Vizepräsidentin der DGS, Leer.



Magdalene Brons,  
Leer.

sich ergebenden therapeutischen Optionen vor. Technisch handelt es sich um einen im Querschnitt 1,38 mm (4 F) messenden, flexiblen Katheter mit elektrischer Sondenspitze zur punktgenauen Applikation der PRF und einer integrierten

Im Eingangsreferat schilderte Frau Dr. Susan Balogh aus Nottwil, CH, die technischen und physikalischen Grundlagen der PRF und den Hauptvorteil bei der gepulsten Radiofrequenztherapie (PRF), die in den 90er Jahren von Prof. Menno E. Sluiter entwickelt wurde. Hierbei alterniert ein kurzer, nur 20 msec dauernder aktiver Strompuls von 500.000 Hz mit einer Pause von 480 msec. Ein wesentlicher qualitativer Unterschied der PRF gegenüber älteren Methoden ist, dass durch die unterbrochene (gepulste) Stromapplikation eine Wärmeerzeugung vermieden wird. Damit werden im Unterschied zu den thermochirurgischen oder chemischen ablativen Verfahren lediglich funktionelle therapeutische Reize appliziert mit dem Vorteil eines minimalen Schädigungsrisikos.

## Indikationen und Effektivität

Indikationen, bei denen die PRF prinzipiell mit gutem Erfolg angewendet werden kann, sind neuropathische Schmerzen zentraler oder peripherer Genese (z.B. posttherpetische Neuropathie, Phantomschmerz, Neurome usw.) sowie nozizeptive, radikuläre oder sympathisch unterhaltene Schmerzen (z.B. Triggerpunkte, Kokzygodynie, facetogene oder diskogene Schmerzen, CRPS). Die analgetische Wirkung nach einmaliger Durchführung der PRF hält bis zu zwei Jahren an. Wie die Methode pathophysiologisch wirkt, ist, wie bei der bereits länger etablierten Spinal Cord Stimulation (SCS), noch nicht entschlüsselt; bislang gibt es hierzu lediglich Hypothesen. Therapeutisch wirksam ist das durch PRF induzierte elektromagnetische Feld, durch das phänotypische Änderungen der signalverarbeitenden Zellen durch transsynaptische Induktion von early gene expression nach PRF entstehen. Hin-

weise für eine morphologische oder funktionelle Zellschädigung fanden sich hingegen nicht.

## Technik der Temperatursonde

Im zweiten Referat stellte Omar Omar-Pasha, Chirurg aus Hamburg, das von ihm maßgeblich mit entwickelte neue Verfahren und die

zweiten, im aktuellen Modell als Thermosonde geschalteten Elektrode sowie einem Lumen zur Injektion. Über die Elektrode kann eine diagnostische Stimulation mit jeder gewünschten Frequenz (z.B. 5 Hz motorisch / 80 Hz sensorisch) oder therapeutisch eine gepulste Nervenstimulation durchgeführt werden. Die Temperatursonde gewährleistet, dass die Stromstärke des Generators ab einer Gewebetemperatur von 42° C automatisch herunter geregelt wird. Über das Lumen können z.B. NaCl zur Verbesserung der Leitfähigkeit sowie optional Medikamente zur Neurolyse, Adhäsionslyse oder auch Anästhetika appliziert werden.

Die Anlage erfolgt in typischer Weise über einen intervertebralen Zugang („loss-of-resistance“-Technik) oder z.B. auch über den Canalis sacralis. Nach Aufsuchen der betroffenen Nervenwurzel unter Mithilfe des Patienten erfolgt unmittelbar die schmerzlose Applikation der PRF, empirisch etwa für die Dauer von 60–120 sec. Der Eingriff kann einzeitig

ambulant durchgeführt werden. Prinzipiell kann die Elektrode aber auch bis zu vier Wochen in situ belassen und der Eingriff im Intervall wiederholt werden. Im Unterschied zur SCS, wo die therapeutische Wirkung über die Hinterhorn-Afferenz erzielt wird, erfolgt die Therapie im vorgestellten

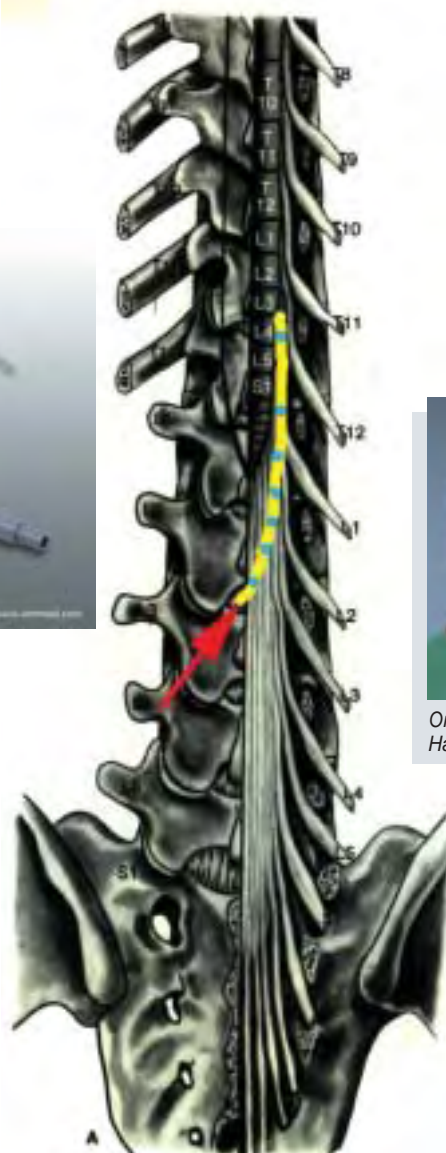


Omar Omar-Pasha,  
Hamburg.

Verfahren über die Nervenwurzel, d.h. über die gemeinsame Endstrecke der Übertragung, was in der Konsequenz eine effektive Therapie auch dann erlaubt, wenn die genaue ätiologische Klärung der Schmerzursache nicht gelingt.

## Innovatives Verfahren ohne Kassenzulassung

Omar Omar-Pasha präsentierte erste, vielversprechende Ergebnisse seiner klinischen Anwendung des Katheters, allerdings bei noch



kleinen Fallzahlen. Am Vortag hatten einige Kollegen Gelegenheit gehabt, das Procedere einer minimal-invasiven Behandlung in seiner Praxis zu beobachten. Hinsichtlich der abrechnungstechnischen Aspekte stellte *Omar Omar-Pasha* klar, dass die Kostenträger aktuell lediglich ablative Verfahren übernehmen und dass die PRF daher keine Kassenleistung ist. Weitere Anwendungen des Verfah-

rens in Klinik und Forschung scheinen möglich und wären ggf. technisch leicht realisierbar. Im Abschlussreferat stellte Dr. *Anthanasios Koulousakis*, Köln, spezielle Verfahren der interventionellen Schmerztherapie aus neurochirurgischer Sicht dar.

Zusammenfassend wurde mit dem Pasha-Cath ein auch ambulant relativ einfach und sicher anwendbares, innovatives Multi-Werk-

zeug vorgestellt, welches Diagnostik und gepulste Radiofrequenztherapie in einer Sitzung ermöglicht und bei der klinischen Anwendung erste positive Ergebnisse gezeigt hat. Das Verfahren sollte an größeren Patientenkollektiven weiter evaluiert werden. ■

Magdalene Brons, Leer  
brons@stk-ev.de

## DGS-Veranstaltungen

Weitere Informationen zu den Seminaren erhalten Sie über die Geschäftsstelle des DGS Oberursel, Tel.: 0 61 71/28 60 20 · Fax: 0 61 71/28 60 22 · e-Mail: [info@dgschmerztherapie.de](mailto:info@dgschmerztherapie.de). Die aktuellsten Informationen zu den Veranstaltungen und den Details finden Sie im Internet unter [www.dgschmerztherapie.de](http://www.dgschmerztherapie.de) mit der Möglichkeit der Online-Anmeldung.

### Juni 2004

#### Curriculum Palliativmedizin Teil III

02.-06.06.2004 in Wiesbaden; Dr. Thomas Nolte

#### Cervical-Syndrom (Manual- und Physiotherapeuten)

04.06. 2004 in Dresden; Dr. Edgar Weller

#### Funktionsdiagnostik in der Schmerztherapie am Beispiel Rückenschmerz

16.06.2004 in Greiz/Vogtland; Dr. Uwe Reuter

#### Psychosomatik und Schmerz

17.06.2004 in Bad Säckingen; Dr. Paul Wagner

#### Weiterbildungsreihe in Heilhypnose – 5. Fortbildungsreihe

19./20.06.2004, 02./03.10. 2004 und

22./23.01.2005 in Schieder-Bad Pyrmont;

Dr. Tomas Svoboda

#### Postherpische Schmerzen als Folge einer Zosterinfektion

23.06.2004 Mülhausen; Dr. Marina Schlegel

#### Myofaziale Triggerpunkte

25.- 27.06.2004 in Halberstadt; Dr. Wolfgang Bartel

#### Hospizarbeit in der Palliativmedizin

30.06.2004 in Halle/Saale; Dr. Ingunde Fischer

#### Osteoporose – Aktueller Stand der Diagnostik und Therapie

30.06.2004 in Gießen; Dr. Winfried Hoerster

#### Aktuelle medikamentöse Therapie bei Tumorschmerzen

2. Quartal 2004 noch offen in Albstadt,

Veranstaltung gemeinsam mit STK Reutlingen und

Tübingen; Dr. Zoltan Molnar, Albstadt



### Juli 2004

#### Orthopädische Medizin Cyrax – Kursserie Wirbelsäule SIG und LWS

07.-11.07.2004 in Bad Säckingen; Dr. Paul Wagner

#### Schmerz, Sport und Leistung

10.07.2004 in Lüdenscheid; Dr. Ralph Spintge

### August 2004

#### Schmerztherapie bei Sportlern

29.08.- 04.09.2004 in Torbole Gardasee/Italien;

Dr. Martin Gessler, München

### September 2004

#### Basiskurs Palliativmedizin für Ärzte

Gemäß dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (40 Std.), Bremen

Mittwoch, 29. September – 03. Oktober 2004

Akademie Palliative Care Norddeutschland

PACE – Palliative Care Education e.V.

Anmeldung und Organisation: Mari Punkt Bremen Veranstaltungs-

Organisation,

Tel.: 0421-3032421;

Fax.: 0421-3032429

Mail: [info@maripunktbremen.de](mailto:info@maripunktbremen.de)

### Anerkannte Algesiologen DGS/DGfA

Theo Schaten, Bad Lippspringe

Vera Holna, Waldkraiburg

Klaus Schneider, Oberhausen

Stefan Schramm, Mannheim

Hans Lang, Homburg

Uta Böhme, Eisenhüttenstadt

Viola Borak, Potsdam

Klaus Münzer, Harsefeld

Christian Waselau, Kossa

Anna Formann, Bocholt

D. Siregar, Düsseldorf

Walter Brunner, Mainburg

Ludwig Weh, Schöna

### Neue DGS-Leiterin



Helena Koblre,  
Bad Lauterberg.

#### DGS Bad Lauterberg

Wir begrüßen als DGS-Leiterin des DGS Bad Lauterberg Frau Dr. *Helena Koblre*, Fachärztin für Anästhesie, Zusatzbezeichnung: Spezielle Schmerztherapie, Rettungsmedizin, Chirotherapie, Akupunkturausbildung in München und Universität Nanjing (China), B-Diplom, TCM-Ausbildung Universität Nanjing. Palliativmedizin-Ausbildung in Wiesbaden und Geriatrie-Ausbildung: Henriettenstiftung Hannover. Leitung des Qualitätszirkels Schmerztherapie/Palliativmedizin 2001 bis 2003.

### Schwerpunkt Schmerztherapie

Sylvia Ruhenstroth, Rubling

Jürgen Eiche, Bad Salzungen

Brigitte Kersting, Hasbergen

Jutta Burkhardt, Edenkoben



# Gesundheitsmodernisierung oder Pfusch am System?

**Wenn neue Gesetze von Regierung und Opposition gemeinsam abgeprochen und verabschiedet werden, ist entweder ein nationaler Notstand zu beklagen oder das Gesetz so ausgereift und schlüssig, dass es die Zustimmung aller großen Parteien gefunden hat. Die große Koalition Schmidt – Seehofer hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG auf den Weg gebracht, erläutert Dr. med. Oliver Emrich, Vizepräsident der DGS.**

Die am 1.1.2004 in Kraft getretenen Änderungen des SGB V betreffen unter anderem eine Praxisgebühr als Steuerungsinstrument des Zugangs zum Gesundheitssystem und erhöhte Zuzahlungen für den Therapiebereich, aber auch für den Medikamentenbereich, sowie Heil- und Hilfsmittel. Bis 2% des Bruttoeinkommens (auch von der gemeinsam veranschlagten Rente) sind für die Zuzahlungen aufzubringen. Bei „chronisch Kranken“ reduziert sich diese Zuzahlung auf 1 % des Jahresbruttos. Unter den Patienten konnte und kann man deutlich Unmut spüren. Eine der wichtigsten Fragen war anfänglich: Wer ist denn jetzt „chronisch krank“?

Schnell präsentierte man die „eindeutige“ Definition: Patienten mit Dauerbehandlungsbedürftigkeit und mindestens Pflegestufe II, 60 % MdE oder dauernder schwerer Einbuße der Lebensqualität bei Nichtbehandlung, wer auch immer dieses abschließend beurteilt (MdK ?). Die dafür nötige gutachterliche Stellungnahme des Behandlers ist auf Mustervordruck 55 der Krankenkasse zu vollziehen. Mit Ziffer 71 leider wieder unterbewertet.

## Schadensbegrenzung nötig

Indes war der Reformeifer so groß, dass auch notwendige Medikamente, die nicht rezeptpflichtig, aber apothekenpflichtig sind, von der Verordnungsfähigkeit generell ausgeschlossen wurden. Dies betraf zunächst auch niedrig dosierte Schmerzmittel, Infusionsträgerlösungen, fast alle Lokalanästhetika, antiobstipative Medikamente, auch unter Opioidtherapie, die gesamte Naturheilkunde und Homöopathie, usw. Die Möglichkeit des Krankentransports, auch nach „Blockaden“ war aufgehoben. Diese „Härten“, weil medizinisch völlig unbegründet, konnten durch den massiven Protest u.a. der DGS und im direkten Kontakt in der Diskussion mit den Entscheidungsträgern gemildert werden: Krankentransporte sind jetzt als

antragsgebundene Leistung nach interventioneller Schmerztherapie wieder möglich, und die meisten der zunächst in den Selbstzahlerbereich „gebannten“ schmerztherapeutisch relevanten Medikamente sind wieder auf Kosten der GKV verordnungsfähig, sofern sie in der Liste des Bewertungsausschusses vom 16.3.2004 stehen bzw. als Therapiestandard für definierte Krankheiten und Behandlungen gelten.

Neben der massiven Verunsicherung der Patienten, einer nachhaltigen Erschütterung des Vertrauens in die Politik (dies zeigen Umfragen), hat diese Gesundheitsreform dazu geführt, dass Patienten tatsächlich Arztbesuche aufschieben, bzw. ganz vermeiden. Dies zeigt sich im Zurückgehen der Patientenzahlen v.a. im fachärztlichen Sektor, wo geschrumpfte Patientenzahlen um 10 bis 30% und mehr beklagt werden. Ein weiterer Spiegel dafür ist der insgesamt zweistellig geschrumpfte Anteil verordneter Medikamente, bei einem gleichzeitigen Anwachsen des OTC-Bereichs. Nicht nur für die Schmerztherapie heißt dies: Die Patienten behandeln sich wieder vermehrt selbst. Niemand kann dies gut heißen.

Dieses Gesetz ist zwar aus der unbestrittenen Notwendigkeit zum Sparen oder zur Ressourcen-Steuerung entstanden, hat aber wegen der enormen Zunahme der Belastungen auch bei den sozial Schwachen zu großen Enttäuschungen aller Beteiligten geführt.

## Integrierte Versorgung

Neben den Verwerfungen und Härten gibt es jedoch auch Chancen: § 140 SGB V bietet nun die Möglichkeit der „integrierten Versorgung“. Dies bedeutet, 2% der Gesamtvergütung können für die „Anschubfinanzierung“ von sektorenübergreifenden Behandlungen für definierte Programme und Medizinzentren verwendet werden. Die DGS hat deshalb sofort als einen der ersten integrierten Behandlungsverträge einen Vertrag über interdisziplinäre Schmerzkongressen (ISK) mit dem BV der TTK, einigen Betriebskrankenkassen und dem BV der Betriebskrankenkassen geschlossen. Wie es das Gesetz möglich macht, kam hier ein Direktvertrag zwischen einem Fachverband und Krankenkassen zustande, vorbei an der KV. Abrechnungsstelle ist die GAF mbH. Örtliche Rahmenverträge zwi-

schen Ärztenetzen (Genossenschaften, Medi-Verbund), Fachgesellschaften, Krankenhäusern und Krankenkassen runden die Palette der jetzt neu bestehenden Möglichkeiten neben der KV ab.

Nun darf nicht vergessen werden, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM das Maß aller Dinge bleibt. Dieser Katalog von Leistungen, auf den gesetzlich Krankenversicherte Anspruch haben, wird zur Zeit novelliert. Der „EBM 2000 plus“ sollte den EBM 96 zum 1.7. oder spätestens 1.10. 2004 ablösen, vielleicht aber auch erst 2005. Der neueste Entwurf des neuen EBM ist auf der Website der KBV [www.kbv.de](http://www.kbv.de) seit Ostern 2004 eingestellt. Danach sind nun doch zwei Komplexziffern 30700 für die schmerztherapeutische Anamnese und 30701 für die schmerztherapeutische Betreuung eingeführt. Sie unterliegen einer noch abzustimmenden Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 SGB V, etwa analog einer „novellierten“ Schmerztherapievereinbarung, wie wir sie bisher als Anlage 12 Arzt-Ersatzkassenvertrag von 1994 und 1997 kennen. Die Einzelheiten waren bei Drucklegung noch nicht bekannt. Eine entsprechende Vorlage ist allerdings als gemeinsamer Vorschlag von DGS/DGfA/VDÄA eingereicht. Diese Komplexziffern sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwar noch deutlich unterbewertet, ergänzen jetzt aber als für alle Schmerzkranken verfügbare Kassenleistung das vormalig fast lupenreine „Stechkapitel“. Die Schmerzgesellschaften begrüßen diesen wichtigen Schritt.



Foto privat

Oliver Emrich, Ludwigshafen.

Neuer Ärger droht dagegen aus der Ecke der PKV. Die in der letzten Ausgabe der Zeitschrift StK kolportierte Öffnung der Ziffern 30 und 31 „analog“ wurde inzwischen vom Verband der privaten Krankenversicherungen nicht bestätigt. Die Bundesärztekammer hat eine Entscheidung des zentralen Konsultationsausschusses nun sogar erst für Ende 2004 in Aussicht gestellt. Auch hier bleibt aktueller Handlungsbedarf, um unsere Vorschläge zur Analogbewertung nicht weiter von Individualentscheidungen einzelner privater Krankenversicherungen abhängig zu machen. ■

## PKV mauert weiter

Oliver Emrich, Ludwigshafen  
oliver.emrich@stk-ev.de

## Die hohe Kunst der Lokalthherapie



Danilo Jankovic: *Regionalblockaden und Infiltrationstherapie. Lehrbuch und Atlas. 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. 444 S., 500 Abb., geb., € 118,-, ABW Wissenschaftsverlag, Berlin. ISBN 3-936072-16-7.*

Inzwischen ist der *Jankovic* ins Englische, Italienische und Spanische übersetzt und international gewürdigt worden. Die deutsche Neuauflage des Lehrbuches zur Injektionstherapie bietet wiederum die gewohnte Perfektion. Die Themen sind vor allem für Anfänger lerntechnisch hervorragend aufge-

baut, da die anatomische Darstellung fast in 3D-Qualität angeboten wird. Didaktisch konsequent ist auch die schematische Wiederholung des Aufbaues der Injektionstechniken an den einzelnen anatomischen Strukturen. Auch dieser Aufbau bewährt sich, selbst für den Therapie-Erfahrenen; jeder kann sich in diesem Schema schnell orientieren. Von der klinischen Seite wurden sinnvolle Ergänzungen eingebracht: Besonders hervorzuheben ist, dass der Autor zentrale Alltagsprobleme aufgreift, z. B. die Triggersymptome. Zu erwähnen ist vor allem das Kapitel zur Klinik der Rotatorenmanschetten mit der wichtigen Injektion an den Musculus subscapularis. Gleichrangig ist die Bedeutung des Piriformis-Syndroms, auch hier eine exzellente Präsentation. Erstmals wird in der deutschen Literatur in aller Ausführlichkeit die Methode der perkutanen epiduralen Neuroplastie nach *Racz* und *Heavner* mit Originalbeiträgen der Autoren beschrieben.

Um die Gesamtbedeutung des Buches von *Jankovic* zu würdigen, genügt das Zitat von Prof. *Cousins* im Geleitwort: „Der Autor und sein Buch gehören zu den Besten“, dass damit eine Verbesserung der Versorgung des bisherigen Standards gewährt wird, ebenso eine Verbesserung der Effektivität und Sicherheit dieser oft gefährlichen, aber nützlichen Therapie. ■

*Edwin Klaus, Würzburg*

## Randstöße auf schmalem Grat



*Ilse Mohr: Randstöße auf schmalem Grat. Gedichte. 9,90 €, der hospiz verlag, Gertrudenstr. 15, 42105 Wuppertal, hospiz-verlag@t-online.de*

Der Gedichtband „Randstöße auf schmalem Grat“ vermag die Erfahrungen der Sterbens- und Lebensbegleitung in einer Weise zu formulieren, die viele überraschen wird. So als würde im Nachspüren der Gedichte das Empfinden schwer, wenn das Leben schwer und leicht, wenn das Leben leicht sich anfühlt. Ein wirklicher Wegbegleiter an den Rand- und Anstoßerfahrungen unseres Lebens, denen besonders Ärzte, Pflegekräfte und Ehrenamtliche ausgesetzt sind, die Menschen auf ihrem letzten Lebensweg begleiten. ■

*Uwe Junker, Remscheid.*

## Impressum

Organ der  
Deutschen Gesellschaft für  
Schmerztherapie e.V.

Herausgeber

**Gerhard Müller-Schwefe**,  
Schillerplatz 8/1, D-73033 Göppingen  
Tel. 0 71 61/97 64 76 · Fax 0 71 61/97 64 77  
e-mail: stk\_gp@stk-ev.de

Schriftleitung

**Magdalene Brons**, Leer; **Oliver Emrich**,  
Ludwigshafen; **Thomas Flöter**, Frankfurt; **Winfried Hoerster**, Gießen; **Dietrich Jungck**,  
Hamburg; **Uwe Junker**, Remscheid;  
**Stephanie Kraus**, (verantw.), Stephans-  
kirchen, Tel.: 0 80 36/10 31; **Thomas Nolte**,  
Wiesbaden; **Hanne Seemann**, Heidelberg;  
**Michael Überall**, Nürnberg

Beirat

**Joachim Barthels**, Bad Salzungen; **Wolfgang Bartel**, Halberstadt; **Heinz-Dieter Basler**,  
Marburg; **Günter Baust**, Halle/Saale; **Klaus Borchert**, Greifswald; **Burkhard Bromm**,  
Hamburg; **Kay Brune**, Erlangen; **Mathias Dunkel**, Wiesbaden; **Andreas Ernst**, Berlin;  
**Gerd Geisslinger**, Frankfurt; **Hartmut Göbel**,  
Kiel; **Henning Harke**, Krefeld; **Oliver Heine**,  
Limburg; **Ulrich Hankemeier**, Bielefeld; **Stein Husebø**, Bergen; **Klaus Jork**, Frankfurt;  
**Edwin Klaus**, Würzburg; **Eberhard Klaschik**,  
Bonn; **Lothar Klimpel**, Ludwigshafen; **Bruno Kniessel**, Hamburg; **Marianne Koch**, Tutzing;  
**Bernd Koßmann**, Wangen; **Peter Lotz**, Bad  
Lippespringe; **Christoph Müller-Busch**, Berlin;  
**Robert Reining**, Passau; **Robert F. Schmidt**,  
Würzburg; **Günter Schütze**, Iserlohn; **Ralph Spintge**, Lüdenscheid; **Birgit Steinhauer**,  
Limburg; **Georgi Tontschew**, Bernau; **Roland Wörz**,  
Bad Schönborn; **Henning Zeidler**,  
Hannover; **Walter Zieglgänsberger**,  
München; **Manfred Zimmermann**, Heidelberg

Verlag

© URBAN & VOGEL Medien und Medizin  
Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Neumarkter Str. 43, D-81673 München  
**Ulrich Huber**, Leitung Sonderpublikationen;  
Anschrift wie Verlag.

Geschäftsführer **Dr. Georg Ralle**

In Zusammenarbeit mit dem Fachverband Schmerz, Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie e. V., Deutsche Gesellschaft für Algesiologie e. V., Deutsche Akademie für Algesiologie, GAF Gesellschaft für algesiologische Fortbildung mbH, Deutsche Schmerzliga e. V., Verband ambulant tätiger Anästhesisten e. V., Gesamtdeutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e. V., Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. und Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren.

Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Bezugspreis: Einzelheft 12,- €  
Abonnement für 4 Ausgaben pro Jahr 40,- €  
(zzgl. Versand, inkl. MwSt.).

Der Mitgliedsbeitrag des STK schließt den Bezugspreis der Zeitschrift mit ein. Die Zeitschrift erscheint im 20. Jahrgang.

Titelbild: Getty Images

# Rheumaschmerz

**Angesichts des heutigen Kenntnisstandes über Schmerzchronifizierung gilt als wichtiges therapeutisches Ziel bei Rheumapatienten neben Reduktion der Entzündungsreaktion, der Erhalt der Gelenkfunktion und Vermeidung von Deformitäten, eine effiziente Analgesie. Die konsequente und frühzeitige Analgesie ermöglicht neben einer medikamentösen Basistherapie sowie physiotherapeutischen Behandlung eine Reduktion fortschreitender Schmerzchronifizierung (Schmerzensgrammbildung) und Sicherung der Mobilität. Im interdisziplinären Therapiealgorithmus stellen dabei sicher retardierte moderne Opiode eine sinnvolle Ergänzung der rationalen Pharmakotherapie dar, schildern Dr. med. Ilka Kniesel, DGS Remscheid, und Dr. med. Oliver Emrich, Ludwigshafen.**

## Praxisfall

Eine 60jährige Patientin stellt sich in unserer Schmerzambulanz mit unerträglichen Dauerschmerzen im Bereich beider Schultern, beider Handgelenke sowie Anlaufschmerz in den Kniegelenken vor. Sie beschreibt den Schmerzcharakter als stechend und ziehend. Unter Belastung, z. B. bei der Haus- und Gartenarbeit, treten zusätzlich Schmerzspitzen auf. Im Tagesdurchschnitt erreicht der Schmerz eine Intensität von max. NRS 8-9 auf der numerischen Analogskala (von 0 = kein und 10 = max. Schmerz).

## Diagnose

Die Anamnese ergibt eine 1993 diagnostizierte Rheumafaktor positive erosive chronische Polyarthrit, in deren progredientem und destruktiven Verlauf diverse operative Interventionen notwendig wurden. Handgelenksarthrodese links 2000, Radiokarpalarthrodese rechts 1999, arthroskopische Lavage rechtes Kniegelenk 1999, mehrfache chemische Synoviorthesen bei akuter Synovialitis in mehreren Gelenken in rheumatologischen Fachkliniken. Bei der körperlichen Untersuchung finden sich beidseitige Omalgien, rechts einhergehend mit einer mäßigen Bewegungseinschränkung, Arthralgien einzelner Fingergelenke, im linken Kniegelenk eine ergussbedingte Schwellung. Wissend um die Notwendigkeit der physiotherapeutischen Behandlung ist die Patientin seit nunmehr einem halben Jahr schmerzbedingt nicht mehr in der Lage, diese konsequent durchzuführen. Neben einer Basistherapie, bestehend aus Methotrexat 20 mg Woche, Sulfasalazin Tabletten 2-0-2, Folsäure 5 mg 24 Std. nach Methotrexatgabe und 5 mg Prednisolon, hat der die Patientin seit Jahren behandelnde Rheumatologe wegen der Schmerzen verschiedenste NSAR und unretardierte Opioidtropfen (bis zu 400 mg Tilidin/Naloxon tgl.) verordnet. Die Schmerzsymptomatik ließ sich allerdings nicht beherrschen.



## Therapie und Verlauf

Im ausführlichen Gespräch klären wir die Patientin im Beisein ihres Ehemannes über die Notwendigkeit einer zeitkontingenten Analgetikaeinnahme zur Schmerzprophylaxe auf. Wir verordnen initial achtstündlich 150 mg retardiertes Tilidin/Naloxon und Celecoxib 200 mg zwölfstündlich (morgens und abends). Zur Schmerzdistanzierung und Unterstützung der körpereigenen Schmerzhemmung erhält die Patientin zusätzlich 25 mg Amitriptylin abends. Für die ersten beiden Behandlungswochen erhält sie jeweils 20 Tropfen Metoclopramid vor der Opioidaufnahme, um opioidbedingte Nausea und Erbrechen zu verhindern.

Natriumpicosulfattropfen dienen zur Obstipationsprophylaxe (unter Tilidin/Naloxon selten nötig). Bereits bei ihrer nächsten Wiederholung berichtet die Patientin über eine spürbare Schmerzreduktion. Allerdings verursachen ihr die physiotherapeutischen Übungen, die sie selbstständig zu Hause durchführt, noch starke Schmerzspitzen. Außerdem belastet sie der ausgeprägte morgendliche Anlaufschmerz, der noch unzureichend reduziert ist.

Wir entschließen uns, das retardierte Tilidin/Naloxon durch retardiertes Oxycodon, beginnend mit zwölfstündlich 10 mg, zu ersetzen. Anhand der Schmerztagebuchaufzeichnungen titrieren wir das Oxycodon auf zwölfstündlich 20 mg täglich. Die im Anschluss daran von ihr protokollierten Schmerzintensitäten

## Abrechnung

### EBM

#### Ersttermin

- 1 Ordinationsgebühr, Punktwert nach Fachgruppe
- 17 Intensive ärztliche Beratung und Erörterung, ggf. mit Bezugspersonen, Dauer mindestens 10 Minuten, 300 Punkte (einmal im Quartal!)
- 18 Zuschlag zu Ziffer 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten, 450 Punkte
- 801 Klinisch-neurologische Basisdiagnostik oder
- 8450 Standardisierte Schmerzanamnese, Schmerzanalyse, Differentialdiagnostik, Therapieplanung – einmal im Krankheitsfall, bei Zulassung zur Schmerztherapie-Vereinbarung, 81,80 Euro
- 8451 Schmerztherapeutische Behandlung bei Zulassung zur Schmerztherapie-Vereinbarung, einmal im Behandlungsfall, 61,35 Euro

#### Folgetermine

- 2 Konsultationsgebühr, für alle mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakte, für die nicht die Ordinationsgebühr nach Ziffer 1 berechnet worden ist, 50 Punkte

### GOÄ

#### Ersttermin

- 3 Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher (Dauer mindestens 10 Minuten), 150 Punkte als alleinige Leistung – nicht neben anderen Leistungen!
- 7 Vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems, hier Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe, 160 Punkte

#### oder

- A 30 Standardisierte Schmerzanamnese, Schmerzanalyse des chronisch Schmerzkranken 900 Punkte

#### Folgetermine

- 1 Beratung, auch mittels Fernsprecher, 80 Punkte
- oder
- A 31 Algesiologische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten, 450 Punkte

liegen mit NRS 3-4 im deutlich niedrigeren Bereich. Unter dieser Therapie ist das Schmerzniveau stabil, und die Patientin kann intensiver als bisher die physiotherapeutische Behandlung durchführen.

## Diskussion

Konsequente und vor allem frühzeitige Analgesie ermöglicht im interdisziplinären Therapieansatz chronisch entzündlicher Gelenkerkrankungen wie der rheumatoiden Polyarthrit, die weitere Progredienz hinauszuzögern. Basistherapie, Physiotherapie und effektive Analgesie gemeinsam können die Entzündung und die Schmerzen reduzieren, Gelenkfunktionen erhalten sowie die Mobilität sichern. Dabei kann der Einsatz potenter und sicher retardierter WHO-Stufe III-Opiode wie das moderne Oxycodon erforderlich sein. ■

*Ilka Kniesel, Remscheid  
Oliver Emrich, Ludwigshafen*